Simon Hofmann

Umstrittene Körperteile

Eine Geschichte der Organspende in der Schweiz

[transcript] Histoire

Simon Hofmann
Umstrittene Körperteile

Histoire | Band 83

Für meine Eltern



Simon Hofmann studierte Geschichte und Filmwissenschaft an der Universität Zürich und promovierte 2013 an der Universität Luzern. Er ist Lehrbeauftragter am Historischen Seminar der Universität Zürich und Lehrer an der Kantonsschule Baden. Seine Forschungsschwerpunkte sind Körper- und Sexualitätsgeschichte, Medizingeschichte und die Geschichte der Psychoanalyse.

Simon Hofmann

Umstrittene Körperteile

Eine Geschichte der Organspende in der Schweiz

[transcript]

Die vorliegende Arbeit wurde von der Kultur- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Luzern im Frühjahrsemester 2013 auf Antrag von Prof. Dr. Valentin Groebner und Prof. Dr. Philipp Sarasin als Dissertation angenommen.

Die Publikation wurde gefördert mit einem Beitrag der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

Die digitale Publikation wurde mit Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung publiziert.



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Umschlagkonzept: Kordula Röckenhaus, Bielefeld
Lektorat: Angelika Wulff
Satz: Mark-Sebastian Schneider, Bielefeld
Printed in Germany
Print-ISBN 978-3-8376-3232-3
PDF-ISBN 978-3-8394-3232-7

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.
Besuchen Sie uns im Internet: *http://www.transcript-verlag.de*
Bitte fordern Sie unser Gesamtverzeichnis und andere Broschüren an unter: *info@transcript-verlag.de*

Inhalt

Dank

Dieses Buch erzählt die Geschichte der Organspende in der Schweiz von der ersten Herztransplantation 1969 bis zur Verabschiedung des eidgenössischen Transplantationsgesetzes 2004. Es entstand als Dissertation im Fach Geschichte an der Universität Luzern im Rahmen des vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützten Forschungsprojekts »Menschen als Ware. Die Geschichte des verkauften Körpers in der Schweiz« unter der Leitung von Prof. Dr. Valentin Groebner.

»Ich weiss, was ich will« und »Weiss jemand, was du willst?« lauteten die Slogans auf den Plakaten, mit denen das Bundesamt für Gesundheit ab 2009 in der Schweiz über die Organspende informierte. Die Frage, was ich will, hat mich während des Schreibens dieses Buches stets beschäftigt. Dass ich immer wieder Antworten fand und mein Manuskript erfolgreich zu Ende führen konnte, verdanke ich in großem Maße dem wissenschaftlichen Austausch und der kollegialen Unterstützung. Ein besonderer Dank gebührt folgenden Personen und Institutionen:

Meine Betreuer Valentin Groebner und Philipp Sarasin haben den Entstehungsprozess des Buches mit ihren wertvollen Hinweisen und Rückmeldungen begleitet und unterstützt. Dem Insistieren und der engen Betreuung Valentin Groebners ist es zu verdanken, dass ich das Manuskript innert nützlicher Frist fertig stellen konnte. Wichtige Impulse habe ich darüber hinaus erhalten durch Gespräche mit Jakob Tanner, Christoph Hoffmann, Aline Steinbrecher, Silke Bellanger, Marianne Sommer, Laura Fasol und Tina Asmussen. Fruchtbar und motivierend war die Kooperation mit Janine Kopp und Benjamin Hitz, die mit mir im Forschungsprojekt »Menschen als Ware« zusammenarbeiteten. Ein spezieller Dank gilt Sibylle Obrecht, die mich als Neuling in ihrem angestammten Forschungsgebiet sehr freundlich aufnahm. Von unserem Austausch habe ich viel profitiert. Sandra Nicolodi und Cécile Stehrenberger haben sich einmal mehr als sorgfältige und differenzierte Lektorinnen verdient gemacht. Hervorzuheben sind die Diskussionen in der »Diss-Gruppe«: Rahel Bühler, Sibylle Marti und Pascal Germann leisteten mit

ihren ebenso kritischen wie geistreichen Kommentaren sowie mit ihrem kollegialen Beistand einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen dieser Publikation.

Zwei Institutionen haben mir den Zugang zu wichtigen Quellen ermöglicht: Sowohl der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) mit ihrem Generalsekretär Hermann Amstad als auch der Stiftung Swisstransplant und ihrem Direktor Franz Immer danke ich für die unkomplizierte Zusammenarbeit. Hilfreich bei der Quellensuche war auch Frau Kata Sunic vom Kantonsspital St. Gallen. Der Schweizerische Nationalfonds hat nicht nur die Entstehung der Dissertation, sondern auch die Buchpublikation finanziell gefördert. Einen Publikationsbeitrag sprach auch die SAMW.

In großer Dankbarkeit verbunden bin ich meinen Eltern, Hanne und Heinz Hofmann. Sie haben nicht nur das Manuskript korrigiert und meine akademische Karriere unterstützt, sondern sind mir auch sonst stets in allen Lebenslagen zur Seite gestanden. Ihnen ist dieses Buch gewidmet.

Die letzte, aber herzlichste Erwähnung gebührt Marina Lienhard: Sie inspirierte meine wissenschaftliche Arbeit mit ihrer ansteckenden Denkfreude und intellektuellen Originalität. In Zeiten von Selbstzweifeln gab sie mir Zuversicht. Ich bin dankbar, dass sie mich in meinem Leben begleitet.

1. Prolog: Der Zürcher Herzskandal – die Organspende wird zum Problem

»Man hat meinem Bub das Herz gestohlen.«

Am Donnerstag, 10. April 1969, fiel der 27-jährige Privatdetektiv Albert Gautschi durch ein Glasdach des Restaurants »Metzg« in Lachen. Schwer verletzt und bewusstlos wurde er in das örtliche Krankenhaus gebracht. Am Sonntag informierte das Kantonsspital Zürich die Familie, dass der Patient nach Zürich verlegt werde. Nachdem sie ihn am Vorabend noch besucht hatten, erfuhren die Eltern am Montagnachmittag vom Tod ihres Sohnes. Was die Angehörigen zu diesem Zeitpunkt laut eigener Aussage nicht wussten: Dem hirntoten Albert Gautschi war zuvor das Herz operativ entfernt worden, um es dem 54-jährigen Emil Hofmann einzupflanzen.[1]

Vom jungen Privatdetektiv stammte das Organ zur ersten Herztransplantation der Schweiz; weltweit war es die 126., seit Christiaan Barnard und sein Team am 3. Dezember 1967 in Kapstadt das erste Herz verpflanzt hatten. Das mediale Interesse war beträchtlich: Die Nachricht schlug »wie eine Bombe ein, und das Zürcher Kantonsspital konnte sich der Telephonanrufe nicht erwehren«, resümierte *Die Tat*.[2] »Ein grosser Tag für die Schweizer Chirurgie«,[3] titelte der *Tages-Anzeiger* und Regierungsrat Urs Bürgi beglückwünschte den verantwortlichen schwedischen Chirurgen Ake Senning und seine Mitarbeiter zu diesem »Meilenstein«.[4] Bürgi leitete die sofort nach der Operation einberufene Pressekonferenz, an der die Beteiligten über die Transplantation berichteten. Der Regierungsrat wie auch Christian Padrutt, Gründer und Leiter der Schweizerischen Ärzteinformation (SÄI), deren Idee die Pressekonferenz gewesen war, ermahnten die Journalisten[5], die Berichterstattung sachlich zu halten und die Privatsphäre der Beteiligten zu respektieren.[6] Die Identität von Spender und Empfänger wurde – entgegen früheren Herztransplantationen – explizit verschwiegen.[7]

Mit der Pressekonferenz versuchte die Ärzteschaft, die Öffentlichkeit über die medizinische Ausnahmeoperation zu informieren, dabei aber die Berichterstattung in gezielte Bahnen zu lenken und den Eindruck von Sensations-

hascherei und ärztlicher Ruhmessucht zu vermeiden. Das große Medienecho anlässlich der ersten Herztransplantationen, insbesondere der »widerliche südafrikanische Rummel«[8] rund um Christiaan Barnard, der sich medial als charmanter Starchirurg inszenierte und bald als »Herzverpflanzer und Herzensbrecher«[9] bekannt wurde, war von den Schweizer Ärzten zunehmend als entwürdigend und kontraproduktiv kritisiert worden.[10]

In Zürich schienen die Verantwortlichen die gefährlichen Klippen der Öffentlichkeitsarbeit vorerst erfolgreich umschifft zu haben. *Der Bund* sprach von einer »wohltuenden Zurückhaltung der Zürcher Ärzte«.[11] Und die *Schweizerische Ärztezeitung* (*SÄZ*) lobte die Presseorientierung als »sachlich und kurz, ohne irgendetwas Sensationelles«.[12] Sie beanstandete aber, dass die Frage, ob man die Angehörigen des Spenders um ihre Einwilligung gebeten habe, in einer »etwas abrupten Weise und ohne Begründung« verneint wurde – was dann später zu ausgedehnten Diskussionen geführt habe.[13] Auf Anfrage rechtfertigten Regierungsrat Bürgi und die SÄI die Organentnahme mit dem Kantonalen Spitalreglement aus dem Jahre 1890, demgemäß jede Leiche ohne Befragung der Angehörigen und ohne Einwilligung des Verstorbenen der Sektion zugeführt werden darf. In der Praxis würde es kaum möglich sein, so Bürgi, die Angehörigen rechtzeitig über die Verpflanzung eines Organs ihres Angehörigen in Kenntnis zu setzen oder gar darüber zu verhandeln. Natürlich, so gestand der Regierungsrat ein, stelle die Frage nach der Benachrichtigung der Angehörigen eines Herzspenders ein »heikles Problem« dar.[14]

Das Thema wurde von den Medien einen Tag nach der Operation aufgegriffen und sorgte bisweilen für Irritation: »Durfte man das?«,[15] fragte *Blick* und *Der Bund* wollte wissen: »Ist denn ein toter Mensch ein rechtloser Mensch?«[16] Trotzdem überwog vorerst eine zurückhaltende Bewunderung. In einer spontanen *Blick*-Umfrage beteuerten alle Angefragten, dass sie ihr Herz für eine Transplantation hergeben würden.[17]

Dann geschah die »Panne«:[18] Man erfuhr, dass ein Schwedischer Journalist, der als Freund des Chirurgen Senning der Operation beiwohnte, die Namen von Spender und Empfänger in einer schwedischen Zeitung veröffentlicht hatte. Es sei bedauerlich, dass damit ein kleiner Schatten auf die erste Herzverpflanzung in der Schweiz falle, kommentierte der *Tages-Anzeiger*.[19] Der Schatten, so stellte sich bald heraus, war größer als angenommen. Gleichentags zitierte das Boulevardblatt *Blick* die Mutter des Spenders in der Titelschlagzeile: »Man hat meinem Bub das Herz gestohlen.« Die Familie habe bereits aus der Berichterstattung der TV-Nachrichtensendung *Tageschau* (welche das Alter des Spenders nannte) geschlossen, dass es sich bei diesem um »unseren Albert« handeln müsse. Die Eltern betonten gegenüber *Blick*, dass sie die Einwilligung zwar gegeben hätten, falls man sie gefragt hätte. Das Vorgehen der Ärzte fänden sie aber nicht richtig. »Ich kann die Sache nicht auf sich beruhen lassen, sonst werden demnächst noch Leute von der Strasse geholt zur

Herztransplantation«, sagte der Vater. Auf derselben Seite kritisierte ein Mitglied der Berner Stadtregierung die Zürcher Praxis als »kolossalen Eingriff in die Menschenrechte«. In Bern sei eine Transplantation ohne Einwilligung der Angehörigen des Spenders nicht möglich.[20]

Das Boulevardblatt[21] zog die attraktive Geschichte bereitwillig weiter: Der verantwortliche Chirurg Senning verteidigte sich (»Ich musste retten!«), prominente Schweizerinnen gaben ihrem Mitgefühl mit der Witwe des Herzspenders Ausdruck und Vater Gautschi ärgerte sich über die »gelehrten Herren vom Spital«, die sich vor einer Aussprache drückten.[22] Auch dass die Familie des Spenders eine Woche später vom Kantonsspital eine Rechnung über 1000 Franken erhielt, wurde dankbar ausgeschlachtet. »Man hat uns von Seiten des Spitals nun zum zweiten Male mit der Hand ins Gesicht geschlagen«, klagte der Vater, und *Blick* fragte: »Ist ein Herz nicht 1000 Franken wert?«[23]

Anfangs Juni wurde bekannt, dass ein Schwedischer Theologiestudent gegen Senning eine Strafanzeige wegen Mordes eingereicht hatte – die aber folgenlos blieb.[24] Einen vorläufigen Abschluss fand die Geschichte im Januar 1970, als der Vater des Spenders gegen die Verantwortlichen der ersten Herztransplantation eine Zivilklage wegen Verletzung der Persönlichkeitsrechte des Organspenders einreichte. Die erste Runde habe der »kleine David« gegen den »grossen Goliath« bereits für sich entschieden, da das Zürcher Obergericht ihm eine unentgeltliche Prozessführung bewilligte, berichtete die *Schweizer Illustrierte*.[25] Er wolle durch ein Gericht abklären lassen, ob man tatsächlich einem Menschen, der im Sterben liegt, das Herz oder ein anderes Organ entnehmen darf, ohne vorher die Angehörigen zu fragen, erklärte Gautschi.[26]

Der Spenderkörper rückt in den Fokus

Das Medienereignis im Zuge der ersten Herztransplantation steht am Anfang dieses Buches, da es für eine historische Auseinandersetzung mit der Organspende in der Schweiz paradigmatisch ist. Einerseits verweist es auf Problembereiche, welche für diese Auseinandersetzung zentral sind. Andererseits markiert es den Moment, in dem die Organspende erstmals zum Gegenstand breiter öffentlicher Aufmerksamkeit und Diskussion wurde. Zwar hatten die Schweizer Medien im Zuge der ersten Herztransplantationen seit Dezember 1967 verschiedentlich auch die Herkunft der transplantierten Organe und das Hirntod-Konzept thematisiert (für die Nierentransplantationen, die seit 1964 in der Schweiz durchgeführt wurden, interessierten sie sich kaum). Neben einer positiven Überhöhung der Herzspende[27] fanden sich auch kritische Berichte[28] – etwa im Zusammenhang mit Barnards dritter Herzverpflanzung, als dieser das Herz einer schwarzen Südafrikanerin transplantierte.[29] Rezipiert wurden auch internationale Debatten,[30] zum Beispiel die fundamentale Kritik

des deutschen Chirurgen und Nobelpreisträgers Werner Forßmann an Barnard und seinen Kollegen.[31]

Insgesamt aber standen bis anhin die Herzempfänger im Rampenlicht. Mit ihnen fieberten die Menschen in der Schweiz wie überall auf der Welt mit – vor allem mit Philip Blaiberg, dem zweiten südafrikanischen Herzempfänger, den auch die Schweizer Medien in den 18 Monaten von der Transplantation bis zu seinem Tod fast auf Schritt und Tritt begleiteten.[32] Am Schicksal der Empfänger entzündete sich auch die Kritik an den Herztransplantationen. Denn die meisten verstarben bereits kurz nach dem Eingriff, da die Abstoßung des fremden Organs und deren Bekämpfung durch immunsuppressive Medikamente nicht erfolgreich unter Kontrolle gebracht werden konnte.[33] Der Vorwurf, dass es sich bei der Herztransplantation weniger um eine therapeutische Maßnahme als um ein menschenverachtendes Experiment handle, nahm stetig zu, bis Ende 1970 die Herztransplantationen nahezu aufgegeben wurden.[34]

Die Zürcher Herztransplantation fiel also in eine Phase, in welcher der ursprüngliche Enthusiasmus bereits weitgehend Ernüchterung und Resignation gewichen war.[35] So stellten verschiedene Zeitungen den Sinn der aufsehenerregenden Operation zunächst auch unter diesem Blickpunkt in Frage.[36] Spätestens aber am zweiten Tag nach dem Eingriff hatte die Diskussion um die Rechtmäßigkeit der Organentnahme die Sorge um den Empfänger in der öffentlich-medialen Debatte verdrängt. Den Bezugspunkt der Kritik bildete nun nicht mehr das Schicksal des Empfängers, sondern dasjenige des Spenders und seiner Angehörigen. Die Organbeschaffung trat als »Achillesferse« der Transplantationsmedizin zutage. Sie wurde zu einem Problem, das einer Beschäftigung und einer Lösung bedurfte.

Doch weshalb wurde die Organspende als problematisch wahrgenommen? Was irritierte so sehr an der heimlichen Organentnahme, dass sie derartige Reaktionen provozierte? Welche Ängste und Fragen wurden in der Debatte um den »Herzraub« verhandelt? Welche kulturellen Vorstellungen und Selbstverständnisse standen auf dem Spiel?

Die Debatte um die erste Herztransplantation war zunächst eine Debatte über den menschlichen Körper, über seine Bedeutung, seinen Status. Dies zeigen etwa Kommentare, welche die medizinische Nutzbarmachung des Körpers mit der Herabwürdigung des Menschen zu einem Tier oder Ding identifizierten: Ein Pfarrer gab in der *NZZ* zu bedenken, ein Spital solle sich nicht einfach »wie auf einem Autofriedhof an einem herrenlosen Wrack« bedienen.[37] Und in der *National-Zeitung* merkte ein Leserbriefschreiber zynisch an, dass die Regelung des Zürcher Kantonsspitals nichts Anstößiges hätte, wenn es sich um ein Tierspital handeln würde.[38]

Im Besonderen ging es um den Körper als Eigentum und um die Frage, ob und unter welchen Umständen er veräußert und medizinisch verwertet werden durfte. So wurde im Zuge der Problematisierung der Organentnahme

der Begriff der »Spende« hinterfragt. Ein Leserbriefschreiber bemerkte etwa, dass die Bezeichnung als Spender unzutreffend sei, nachdem diesem das Herz ohne seinen freien Willen entnommen worden sei.[39] Und *Blick* sprach plötzlich vom »unfreiwilligen Spender« oder gar vom »Herz-Selbstbedienungs-Opfer.«[40] Verschiedentlich wurde die Angst beschworen, dass das Krankenhaus über den Patienten und dessen Körper »frei verfügen dürfe«[41]: Es solle auch bei uns niemanden die geradezu mittelalterliche Vorstellung beschleichen dürfen, man sei dem Spital mit Haut und Haaren ausgeliefert, warnte die *Schweizer Illustrierte*.[42] Und ein Kommentar in *Der Tat* wusste von Witzen, die der »Volksmund« bereits kurz nach der Herztransplantation produziert habe, und deren »Pointen alle etwa das gleiche aussagten: Wenn man ein besonders gesundes, starkes Herz habe, müsse man nun aufpassen, mit einem verstauchten Knöchel nicht ins Kantonsspital eingeliefert zu werden.« Der Humor, so der Kommentar weiter, sei makaber, die Aussage aber unmissverständlich: Im »Volk« beginne sich Misstrauen gegenüber der ärztliche Einstellung zu Organspendern zu regen.[43] In einem Leserbrief wurde der Topos des ärztlichen Organraubs zusätzlich mit dem Motiv der Kommerzialisierung des Körpers verbunden: »Da wird einem jungen Mann sein Herz geraubt, einem wehrlosen, jungen Menschen wird zynisch das Leben abgesprochen von ruhmsüchtigen Ärzten. Ein Reicher konnte wahrscheinlich gut bezahlen...«[44]

Wir begegnen hier einem wirkmächtigen Bild, das für die Debatte um die Organspende in der Schweiz prägend war: Der gewissenlose, ruhmsüchtige Arzt, der im Innern seines Krankenhauses, einem gleichsam rechtsfreien Raum, im spitzenmedizinischen Machbarkeits-Wahn den menschlichen Körper zu monetären Zwecken willkürlich plündert und verwertet. Dies bringt uns zur zweiten paradigmatischen Problematik, die neben der Bedeutung des Körpers – und im Zusammenhang mit dieser – in der Herzraub-Debatte verhandelt wurde: Die Rolle der Medizin, ihre Macht und ihr Verhältnis zu den Laien.

Deutungskämpfe und die Macht der Medizin

Mit dieser Problematik stand gleichzeitig auch die Deutungshoheit über die Organspende auf dem Spiel: In der Frühzeit der Transplantation kontrollierte die Ärzteschaft die mediale Berichterstattung weitgehend durch eine gezielte und sachliche, aber auch spärliche Information des »Laienpublikums«.[45] Mit der weltweit ersten Herztransplantation Ende 1967 explodierte das mediale Interesse schlagartig, was für die Transplantationsmedizin sowohl eine Chance als auch eine Gefahr bedeutete. Einerseits interessierte sich plötzlich ein Massenpublikum für die Transplantation, und dieses konnte, so die Hoffnung, mittels der Medien auch für die eigene Sache sensibilisiert und gewonnen werden.[46] 1969 hieß es in einem internen Arbeitspapier der SÄI, welche

die Öffentlichkeitsarbeit im Zuge der Herzverpflanzung koordinierte:[47] »Die populärmedizinische Information […] ist das Trojanische Pferd, mit welchem wir unsere standespolitischen Anliegen ins Bewusstsein des Volkes schleusen müssen«.[48]

Andererseits drohte der Ärzteschaft die Deutungshoheit über ihr Praxisfeld zusehends zu entgleiten. Die Bemühungen der Ärzteschaft, die Kontrolle über die mediale Deutung der Herztransplantation aufrecht zu erhalten, waren letztlich nur teilweise erfolgreich. Die Berichterstattung im Zusammenhang mit dem »Herzraub« wurde von ärztlicher Seite denn auch kritisiert.[49] »Das sind rein medizinische Probleme; die Presse sollte daraus nicht eine Sensation machen; das ist geschmacklos«, meinte ein Genfer Kardiologe in einem Interview.[50] Diesen Versuch, die ärztliche Monopolstellung zu verteidigen und den Medien die Zuständigkeit, die Transplantationsmedizin kritisch zu beurteilen, abzusprechen, akzeptierte *Der Bund* nicht: Der Professor habe kaum recht, konterte die Zeitung, da es um »bedeutsame allgemeine Fragen« gehe.[51] Das diesbezügliche Selbstbewusstsein der Laien-Medien zeigte sich auch in der Lust an der spielerischen Infragestellung der ärztlichen Autorität, wie sie sich in der Inszenierung des Konfliktes zwischen Vater Gautschi und den verantwortlichen Ärzten als heroischer Kampf des »kleinen David« gegen den »grossen Goliath« bzw. zwischen den »kleinen Leuten« und den »gelehrten Herren« offenbart.[52] Die Debatte um den »Herzraub« zeugt also von einem diskursiven Machtkampf: Galt den medizinischen Akteuren Anfangs die Deutungshoheit über Probleme der Transplantation als gewiss, so fanden sie sich plötzlich in semantischen Deutungskämpfen wieder, in denen diese Probleme von medizinischen in gesellschaftliche, ethisch-philosophische und nicht zuletzt rechtliche Fragen übersetzt wurden.

Dass es in der Debatte um die Organentnahme um mehr ging als die Regelung einer medizinischen Praxis, registrierten auch zeitgenössische Beobachter. Der Patient, der in ein Krankenhaus eingeliefert wird, dürfe nicht das Gefühl haben, er sei nun einfach dem Gutdünken der Ärzte ausgeliefert, warnte ein Kommentator in der *Schweizer Illustrierten*. »Die Aerzte legen doch sonst auf das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient grossen Wert. Sie sollten dieses Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht leichthin aufs Spiel setzen.«[53] Der drohende Vertrauensentzug bedeutete eine Herausforderung für die Ärzteschaft. Dies zeigt die Äußerung eines Schweizer Arztes, der in einem Beitrag des Schweizer Fernsehens zum »Fall Gautschi« Stellung nahm:

»Haben wir das Vertrauen von unseren Schweizern und Schweizerinnen? Haben wir das Vertrauen, dass unsere Spitzenprofessoren und Chirurgen das nach bestem Wissen und Gewissen machen, auch menschlich gesehen? Wenn wir das Vertrauen haben, wenn das Publikum uns das Vertrauen gibt, dann ist, so glaube ich, die Entscheidung gefal-

len. Und wenn wir das Vertrauen nicht haben, dann ist das für uns ein Grund, uns sehr energisch zu überprüfen, was wir falsch gemacht haben. Das ist vielleicht das Entscheidendste, das bei dieser Auseinandersetzung für uns und für unser Volk herauskommt.«[54]

Der Arzt interpretiert die Debatte um die Herzentnahme als Infragestellung und Bewährungsprobe der gesellschaftlichen Stellung der Ärzteschaft, als – so könnte man etwas zugespitzt formulieren – Machtprobe zwischen Ärzten und Laien. Er fordert zwar einerseits das unbedingte Vertrauen ein. Andererseits ist er sich aber bewusst, bei zunehmender Vertrauensverweigerung seitens der Gesellschaft nicht darum herum zu kommen, die eigene Position zu hinterfragen. Die sich hier andeutende Bereitschaft zur ärztlichen Selbstreflexion geht einher mit einer Einsicht in die große Konfliktanfälligkeit und »Diskursempfindlichkeit«[55] der Organbeschaffung, wie sie anlässlich der ersten Schweizer Herztransplantation deutlich zu Tage getreten ist. Bezüglich Öffentlichkeitsarbeit und Umgang mit den Angehörigen erscheint die Herzverpflanzung retrospektiv als Abfolge von Pannen – von der verhängnisvollen Nichtbefragung über die Umgehung des Anonymitätsgebotes bis hin zur Krankenhaus-Rechnung für den Organspender. Die spitzenmedizinische Meisterleistung drohte durch ihr mediales und juristisches Nachspiel der Sache der Transplantation mehr zu schaden als zu nützen und sich so als »Pyrrhussieg«[56] zu entpuppen. Es offenbart sich hier ein Dilemma der Transplantationsmedizin, das für die weitere Geschichte der Organspende bedeutend war: Das Ziel der medizinischen Effizienzsteigerung und das Anliegen der öffentlichen Vertrauensbildung liefen stets Gefahr, sich gegenseitig zu behindern.

Mit der ersten Herzverpflanzung in der Schweiz wurde die Organbeschaffung zu einer drängenden Herausforderung für die ganze Gesellschaft – für die Medizin, aber auch für viele andere gesellschaftliche Institutionen und Akteure. Man sei seit der ersten Herztransplantation in Südafrika allzu achtlos an den ethischen, rechtlichen und menschlichen Fragen vorbeigegangen, resümierte *Der Bund*. »Das Geschehen in Zürich hat uns mit diesem Problemkreis konfrontiert, und wir können ihm nicht mehr entfliehen.«[57] Wie die Gesellschaft mit dieser Herausforderung umgegangen ist, davon soll dieses Buch handeln.

Anmerkungen

1 | Vgl. »Man hat meinem Bub das Herz gestohlen«, in: Blick, 16.4.1969.

2 | Fragwürdige Rechtsgrundlagen bei der Herzverpflanzung, in: Die Tat, 16.4.1969.

3 | Ein grosser Tag für die Schweizer Chirurgie, in: Tages-Anzeiger, 15.4.1969.

4 | Vgl. Fragwürdige Rechtsgrundlagen bei der Herzverpflanzung, in: Die Tat, 16.4.1969.

5 | Mit Nennung der männlichen Funktionsbezeichnung ist in diesem Buch, sofern nicht anders gekennzeichnet, immer auch die weibliche Form mitgemeint.
6 | Vgl. Ein grosser Tag für die Schweizer Chirurgie, in: Tages-Anzeiger, 15.4.1969 sowie Herztransplantation und Publizistik, in: SÄZ, 4.6.69, S. 608. Mit der Gründung der Informationsstelle der Schweizer Ärzteschaft im Jahr 1964 wurde erstmals in der Schweiz eine offizielle, standeseigene Öffentlichkeitsarbeit institutionalisiert, mit dem Ziel, eine Brücke zwischen Medizin und Gesellschaft aufzubauen (vgl. Stricker 2000, S. 2 und Zürcher Herzverpflanzung ohne Rechtswidrigkeit, in: SÄZ, 30.7.1975, S. 1105ff.).
7 | Die Anonymität von Spender und Empfänger wurde einerseits gefordert, um diese nicht mit »irrationalen, sentimentalen oder aus fast magischen Vorstellungen stammenden Emotionen« zu belasten, andererseits, um ihre Privatsphäre und Würde zu schützen: »Der ärztlichen Schweigepflicht gebührt jedoch der Vorrang vor der Wissbegierde der Massen. Denn Publizität und Sensationslust behindern jede ärztliche Tätigkeit, weil sie das unabdingbar notwendige persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt grob stören und fälschen. Sie nehmen zudem dem sterbenden Kranken seine Menschenwürde und machen ihn zum Gegenstand einer unbarmherzigen Neugier.« Vgl. Herztransplantation – mehr als ein technisches Problem, in: SÄZ, 24.1.1968, S. 74.
8 | Ethik und medizinischer Fortschritt, in: SÄZ, 20.3.1968, S. 287.
9 | Finden Sie, dass Barnard sich richtig verhält?, in: Blick, 5.6.1969.
10 | Vgl. z.B. Stimmen zu den Herztransplantationen, in: SÄZ, 24.1.1968, S. 75; Herztransplantation – mehr als ein technisches Problem, in: SÄZ, 24.1.1968, S. 74; Herz zur Show, in: SÄZ, 13.3.1968, S. 277 sowie Herzverpflanzungen – Suche nach gültigen Maßstäben, in: NZZ, 18.6.1968. Vgl. auch Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002, S. 1949f.
11 | Peinlich, in: Der Bund, 19.4.1969.
12 | Herztransplantation und Publizistik, in: SÄZ, 4.6.69, S. 608.
13 | Herztransplantation und Publizistik, in: SÄZ, 4.6.69, S. 608.
14 | Die erste Herzverpflanzung in der Schweiz, NZZ, 15.4.1969. Vgl. auch Herzverpflanzung in Zürich!, in: Blick, 15.4.1969.
15 | Herzverpflanzung in Zürich!, in: Blick, 15.4.1969.
16 | Offene Fragen, in: Der Bund, 15.4.1969.
17 | Herzverpflanzung in Zürich!, in: Blick, 15.4.1969.
18 | Herztransplantation und Publizistik, in SÄZ, 4.6.1969, S. 608.
19 | Herzverpflanzung mit Informationspanne, in: Tages-Anzeiger, 16.4.1969.
20 | »Man hat meinem Bub das Herz gestohlen«, in: Blick, 16.4.1969.
21 | Zur Form des Boulevard-Journalismus der Zeitung *Blick* in den 1960er Jahren vgl. Meier/Häussler 2010, S. 463ff.
22 | »Ich musste retten!«, in: Blick, 17.4.1969.
23 | 7 Tage nach dem Tod kam die Rechnung, in: Blick, 23.4.1969. Das Kantonsspital rechtfertigte die Rechnung damit, dass außerkantonalen Patienten routinemäßig 1000 Franken »Kostenvorschussleistungen« verrechnet würden. Nachträglich erließ das Krankenhaus der Familie Gautschi diese Kosten.

24 | Vgl. Strafanzeige gegen Prof. Senning, in: Tages-Anzeiger, 5.6.1969; Mordanzeige gegen Professor Senning, in: Blick, 5.6.1969 sowie »Ich mache weiter!«, in: Blick, 6.6.1969. Das schwedische Recht identifizierte zu diesem Zeitpunkt den Tod mit dem Ende der Herztätigkeit und erkannte den Hirntod nicht an. Eine Organentnahme bei einem hirntoten Menschen war dementsprechend verboten.
25 | Die Herzverpflanzer kommen vor Gericht, in: Schweizer Illustrierte, 19.1.1970.
26 | Zürcher Herzverpflanzer eingeklagt, in: Tages-Anzeiger, 16.1.1970.
27 | »61 % der Schweizer würden Barnard-Jüngern ihre Herzen verschenken!«, fasste der *Blick* im März 1968 die Ergebnisse einer Umfrage zusammen (Blick, 7.3.1968). »Selbst gesunde Menschen wollten ihr Herz spenden«, titelte das Boulevardblatt später im Zusammenhang mit einem Spendeaufruf in den USA (Blick, 8.4.1969). Die Person des Spenders wurde bisweilen verklärt: »Ich möchte, dass jemand mit meinem Herzen lebt«, zitierte der *Blick* etwa die letzten Worte einer »bildhübschen Herzspenderin« (Blick, 11.1.1968). Ähnlich funktioniert auch: Diese Frau gab vier Männern neues Leben, in: Blick, 2.9.1968.
28 | Bereits erhebe sich die bange Frage, ob nicht Ärzte Unfallpatienten allzu früh als »Spender« von Organen betrachten könnten, schrieb *Die Tat* nach Barnards erster Herztransplantation (Wieso starb der Mann mit dem fremden Herzen?, in: Die Tat, 22.12.1967). Und der *Blick* fragte: »Wann ist ein Mensch tot? [...] Wann und welchem Toten darf ein Herz zwecks Transplantation aus der Brust geschnitten werden?« (Blick, 4.1.1968). Auch die erste international bekannte Verweigerung einer Herzspende durch Angehörige wurde vom *Blick* thematisiert (vgl. Herz verweigert!, in: Blick, 16.1.1968).
29 | Die Transplantation provozierte einen Skandal, da Barnard die Familie der schwarzen Spenderin nicht um Erlaubnis gefragt hatte, bevor er das Herz einem weißen Mann einpflanzte. Vgl. Schwere Vorwürfe gegen Professor Barnard, in: National-Zeitung, 11.9.1968.
30 | Neben internationalen Kongressen, an denen die Hirntod-Richtlinien diskutiert wurden (vgl. Herzverpflanzungen – Suche nach gültigen Maßstäben, in: NZZ, 18.6.1968 und Denn tot ist noch lange nicht tot!, in: Blick, 10.8.1968), wurde auch über Pläne zur Bildung von Herz- bzw. Organbanken berichtet (vgl. Der Mann mit dem fremden Herzen lebt, in: Die Tat, 11.12.1967 und »Herzkonserven« für Transplantationen, in: Tages-Anzeiger, 3.7.1968).
31 | Eine gekürzte Version des Textes wurde abgedruckt in der Schweizer Illustrierten, 8.1.1968. Ursprünglich war der Beitrag in der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* unter dem Titel »Verlust an sittlicher Substanz« erschienen (vgl. FAZ, 3.1.1968). Forßmann warnte unter anderem in drastischen Worten davor, dass sterbende Menschen zum Zwecke der Transplantation skrupellos ausgeschlachtet würden, befürchtete Manipulationen bei der Todesfeststellung und brachte die Organbeschaffung mit den Gräueln der NS-Medizin in Zusammenhang. Er entwarf ein finsteres Zukunftsszenario: »Gefängnisse werden zu Vorbereitungsanstalten für die Transplantation. Schuldige oder nicht schuldige Insassen von Konzentrationslagern würden dann nicht mehr vergast werden, sondern bei guter Ernährung und Körperpflege als Organbank dienen.«

32 | Vgl. Obrecht 1996, S. 42-97.
33 | Keiner der Empfänger überlebte länger als zwei Jahre und nahezu 70 % von ihnen starben innerhalb der ersten vier Monate nach der Operation (vgl. Schlich 1996, S. 23). Auch Emil Hofmann, der Empfänger von Albert Gautschis Herzen, verstarb rund drei Monate nach der Transplantation aufgrund eines Infekts.
34 | Nach weltweit 103 Herztransplantationen im Jahre 1968 und 46 im Jahre 1969 fanden 1970 nur noch deren 15 statt. Nur fünf Zentren führten nach 1970 ein entsprechendes Programm weiter – ein Zustand, der als »Herztransplantations-Moratorium« bezeichnet wurde. Vgl. Schlich 1996, S. 23. Zum Vorwurf des Experiments vgl. Obrecht 2001, S. 58f. sowie für die USA Fox/Swazey 1992, S. 8ff.
35 | Vgl. Eckert 2003, S. 1f. sowie 120ff. Eckert kommt in ihrer Lizentiatsarbeit über die Umstände der ersten Schweizer Herzverpflanzung zum Schluss, dass bei der Entscheidung der Zürcher Ärzte für den Eingriff die internationale Konkurrenzsituation und die Hoffnung auf Erkenntnis- und Prestigegewinn eine wichtige Rolle spielte.
36 | Vgl. die kritischen Kommentare Lohnt sich der Versuch?, in: Tages-Anzeiger, 15.4.1969 sowie Offene Fragen, in: Der Bund, 15.4.1969.
37 | NZZ, 25.4.1969, zit. in: Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002, S. 1951.
38 | National-Zeitung, 17.4.1969, zit. in: Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002, S. 1951.
39 | Gedanken zur Zürcher Herzverpflanzung, in: Tages-Anzeiger, 23.4.1969.
40 | »Man hat meinem Bub das Herz gestohlen«, in: Blick, 16.4.1969.
41 | Wem gehört ein Herz?, in: Basler Nachrichten, 17.4.1969. Vgl. auch eine sehr ähnliche Aussage aus dem *Oltener Tagblatt*, zit. in: Von Bewunderung bis Skandal, in: Der Bund, 17.4.1969.
42 | Diskussion nach der ersten Herzverpflanzung in Zürich, in: Schweizer Illustrierte, 21.4.1969. Der gleiche Begriff findet sich auch in einem Kommentar in den *Basler Nachrichten*: Es sei »unheimlich«, heißt es dort, dass ein verstorbener Patient gewissermaßen »mit Haut und Haaren« Eigentum des Spitals sei (Wem gehört ein Herz?, in: Basler Nachrichten, 17.4.1969).
43 | Fragwürdige Rechtsgrundlagen bei der Herzverpflanzung, in: Die Tat, 16.4.1969.
44 | National-Zeitung, 18.4.1969, zit. in: Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002, S. 1951.
45 | So schuf sich der renommierte Zürcher Transplantationschirurg Felix Largiadèr hauptsächlich im Wissenschaftsteil der NZZ eine ideale Informationsplattform. Vgl. Eckert 2003, S. 79.
46 | So diente die Boulevardpresse den Transplantationsspezialisten bisweilen auch als politisches Sprachrohr: Der *Blick* empörte sich unter dem Eindruck der ersten Herztransplantationen mit der Schlagzeile »Unser reiches Land hat kein Geld fürs Herz!« flankiert von Zitaten der Transplantationschirurgen Felix Largiadèr und Ake Senning, dass den Herzspezialisten in der Schweiz die finanziellen Mittel für eine Herzverpflanzung verweigert würden. Blick, 17.1.1968.
47 | Vgl. Herztransplantation und Publizistik, in: SÄZ, 4.6.1969, S. 608 u. 611.
48 | Zit. in: Stricker 2000, S. 2. In einem Leserbrief in der *SÄZ* Anfang 1968 versuchte der Leiter der SÄI, Christian Padrutt, die Ärzteschaft für die aufkommenden Schwierig-

keiten im publizistischen Bereich zu sensibilisieren. Er riet, so rasch als möglich ein vertrauensvolles, den tragfähigen Kompromiss anstrebendes Verhältnis zu den Massenmedien aufzubauen und zu pflegen (vgl. Vorbeugen ist besser als Heilen, in: SÄZ, 24.1.1968, S. 76).

49 | Vgl. Herztransplantation und Publizistik, in: SÄZ, 4.6.1969, S. 608ff. sowie Herztransplantation und Sensationspresse, in: SÄZ, 23.7.1969, S. 781f.

50 | Zit. in: Von Bewunderung bis Skandal, in: Der Bund, 17.4.1969.

51 | Von Bewunderung bis Skandal, in: Der Bund, 17.4.1969.

52 | Die Herzverpflanzer kommen vor Gericht, in: Schweizer Illustrierte, 19.1.1970; Blick, 17.4.1969. Andere Zeitungen, wie die dem bürgerlichen Fortschrittsoptimismus verbundene *Neue Zürcher Zeitung*, bezogen Position für die Ärzteschaft. Dem Informationsbedürfnis sei zu sehr nachgegeben worden, mahnte die NZZ an, obwohl die ärztliche Schweigepflicht Vorrang vor aller Wissensbegierde des Publikums zukomme, dass »kaum fähig ist, die medizinische Entwicklung in ihrer ganzen Tragweite abzuschätzen, und so zu einer ganz falschen Vorstellung von den Gefahren und Grenzen der neuen Operationstechniken gelangt« (Medizinisch-juristische Aspekte der Organverpflanzung, in: NZZ, 23.4.1969).

53 | Diskussion nach der ersten Herzverpflanzung in Zürich, in: Schweizer Illustrierte, 21.4.1969, S. 28. Die Vorstellung eines Vertrauensverhältnisses von Arzt und Patient geht zurück auf das 19. Jahrhundert, als sich in den Krankenhäusern das soziale Geschehen auf die Beziehung von Arzt und Patient zentrierte. Sie entstand im Rahmen der Etablierung eines modernen Medizinsystems. Gleichzeitig zu einer Professionalisierung und Bedeutungszunahme der Ärzteschaft als medizinische Experten entwickelte sich eine neue Rolle des Kranken als Laie. Talcott Parsons, der Begründer der modernen Medizinsoziologie, fasste diese medikalisierte Arzt-Patienten-Beziehung als komplementäres Rollengefüge, das von einem hierarchischen Wissens- und Machtgefälle geprägt ist. Auch Medizinhistoriker sehen das moderne Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient als Ausdruck einer hierarchisch und patriarchal strukturierten Medizin, in der der Patient kaum Mitspracherecht hatte und der Arzt als »Halbgott in Weiss« alleine und gelegentlich gar über den Kopf des Kranken hinweg entschied (vgl. Stollberg 2001, S. 57ff.; Maio 2005 sowie Shorter 1993, S. 790ff.).

54 | Schweizer Fernsehen, Rundschau vom 21.1.1970.

55 | Feuerstein 1996, S. 93.

56 | »War es ein Pyrrhussieg?« fragte *Die Tat* anlässlich der Empörung über die von den Angehörigen nicht autorisierte Organentnahme. Die Tat, 17.4.1969.

57 | Nach der Operation, in: Der Bund, 20.4.1969.

2. Einführung

Die einleitende Geschichte über die erste Herztransplantation hat mehrere Faktoren aufgezeigt, die für eine historische Untersuchung der Organspende in der Schweiz zentral sind. Die Geschichte der Organspende, so wurde zunächst klar, ist zugleich auch eine Geschichte des Körpers sowie eine Geschichte der gesellschaftlichen Bedeutung und Bewertung der Medizin in der Spätmoderne. Ferner deutete sich das Dilemma von medizinischer Effizienzsteigerung und Vertrauensbildung an. Auf diese Aspekte werde ich in diesem Buch ein besonderes Augenmerk richten.

Darüber hinaus hat die Analyse des Medienereignisses um das gestohlene Herz deutlich gemacht, dass die Organspende nicht etwas Selbstverständliches war. Die Organspende mag heute für manche etwas durchaus Gewohntes oder Einleuchtendes darstellen. Aus historischer Perspektive zeigt sich, dass die Organspende äußerst voraussetzungsreich war: Sie beruhte auf medizinischem Wissen und medizinischer Technik, auf einer differenzierten sozialen Organisation und Koordination, aber auch auf rechtlichen Rahmenbedingungen sowie auf einer allgemeinen kulturellen Akzeptanz. Alle diese Faktoren sollen in diesem Buch Berücksichtigung finden, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung. Folgende Fragen stehen im Vordergrund: Wie wurde die Organspende in der Schweiz praktiziert und organisiert? Wie wurde sie gedeutet, legitimiert oder kritisiert? Welche Formen der Organspende galten als akzeptabel und legitim, welche nicht? Und wie wurde sie rechtlich geregelt?

Die Organspende, das veranschaulichen die geschilderten Reaktionen auf die heimliche Herzentnahme von 1969, bedeutete eine Herausforderung für elementare kulturelle Vorstellungen: Neben der Frage nach der Bedeutung des Körpers und dem Sinn der Medizin stellte sie auch die Frage nach menschlicher Identität, nach der Grenze von Leben und Tod und nach gesellschaftlicher Solidarität in einer neuen Weise.[1] Man könnte, wie der Techniksoziologe Günter Feuerstein vorschlug, die Organtransplantation als Experiment bezeichnen, das nicht im Labor, sondern in und mit der Gesellschaft durchgeführt wurde.[2]

Der Historiker Armin Heinen weist in seinem geschichtlichen Abriss über die »dienstbare Leiche« darauf hin, dass der legitime Umgang mit Leichen

historisch kontingent sei und immer neu ausgehandelt werden müsse. Wie die Dienstbarmachung des toten Körpers bewertet werde, hänge vom konkreten kulturellen Sinnzusammenhang ab, den es zu entschlüsseln gelte. Die Regeln seien oft sehr unterschiedlich, interpretationsbedürftig und ambivalent. Die Verwertung eines Leichnams sei keinesfalls ausgeschlossen, könne sogar erwünscht sein, bedürfe aber einer Rechtfertigung. Die Organspende Toter, so Heinen, setze eine kulturelle Re-Interpretation des angemessenen Umgangs mit den Leichen voraus, da sie soziale Normen in vielfältiger Weise überschreite.[3]

Die Transformation eines menschlichen Körpers bzw. seiner Teile in medizinische Ressourcen musste erarbeitet werden – und zwar nicht nur praktisch, institutionell und organisatorisch, sondern auch kulturell und semantisch. Von den Versuchen dieser Erarbeitung, von ihrem Erfolg und ihrem Scheitern, handelt diese Geschichte der Organspende. In ihrem Zentrum steht das Organ – als Schnittstelle zwischen realen medizinischen, sozialen und wirtschaftlichen Praktiken sowie Diskursen, Metaphern und Fantasien. Seine Bedeutung ist kontingent und überdeterminiert: Für verschiedene gesellschaftliche Akteure bedeutete ein Organ in verschiedenen Situationen etwas Unterschiedliches. Deshalb, und auch das zeigt die einleitende Geschichte eindrücklich, waren die Bewertung der Organe und damit auch der Umgang mit ihnen kulturell umkämpft. Diese kulturellen Aushandlungsprozesse und Deutungskämpfe werde ich in diesem Buch untersuchen.

Organtransplantation – eine Erfolgsgeschichte?

Die Organtransplantation ist eine junge medizinische Disziplin. Das Konzept, durch den Ersatz eines inneren Körperorgans Menschen gesund zu machen, wurde von der medizinischen Wissenschaft erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts entwickelt. Das Organersatzkonzept war ab 1900 mehrheitlich anerkannt. Seine praktische Umsetzung scheiterte in der ersten experimentellen Phase der Organtransplantation zwischen 1880 bis 1930 jedoch an der Organabstoßung durch das Immunsystem des Empfängers.[4] Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden die Transplantations-Versuche wieder aufgenommen. Als ideales Organ erwies sich dabei die Niere: Sie lässt sich gut an den sie versorgenden Gefäßen annähen. Zudem sind Nierenkranke oft junge und ansonsten gesunde Patienten. Vor allem aber erlaubt die Niere, da sie doppelt vorhanden ist, eine Lebendspende.

Die erste als erfolgreich angesehene Organtransplantation erfolgte 1954 in Boston: Eine Nierenverpflanzung zwischen eineiigen Zwillingen, bei denen keine Abstoßungsreaktion auftritt. Der Empfänger lebte acht Jahre, bis er einen Herzinfarkt erlitt. Der Chirurg Joseph E. Murray erhielt dafür später den Nobelpreis. Das Problem der immunologischen Abstoßung war damit

aber nicht gelöst. Erste Erfolge brachten jedoch wenig später die Bestrahlung mit Röntgenstrahlen und vor allem der Einsatz starker Medikamente, wobei speziell Kortison und Azathioprin günstige Resultate zeitigten. 1962 gelang wiederum in Boston die erste Nierentransplantation eines nichtverwandten Spenders. Ab den 1970er Jahren wurde versucht, die Ergebnisse durch die Zuordnung von Spender und Empfänger gemäß der immunologischen Gewebeverträglichkeit zu verbessern.[5]

In der Schweiz begann die Ära der Transplantation 1964 mit den ersten Nierentransplantationen in Bern und Zürich. Die Empfänger überlebten nicht länger als ein paar Tage oder Wochen.[6] Eine Ausweitung erfuhr die Transplantationsmedizin erst in den 1980er Jahren, als sich die Resultate dank neuer immununterdrückender Medikamente gegen die Organabstoßung verbesserten. Wurden in der Schweiz bis 1982 nur Nieren verpflanzt, so wurden zehn Jahre später auch Lebern, Bauchspeicheldrüsen, Herzen und Lungen übertragen.[7] Die Überlebensrate der transplantierten Nieren nach einem Jahr stieg bis in die 1990er Jahre auf etwa 80 Prozent. Fünf Jahre nach der Transplantation lag sie nur wenige Prozentpunkte tiefer. Bei Herz und Leber war die Überlebensrate in den späten 1990er Jahren etwas geringer: Fünf Jahre nach der Transplantation lag sie zwischen 60 und 75 Prozent. Bei der Lunge betrug sie rund 50 Prozent.[8] Die Organtransplantation legte ihren experimentellen Status ab und etablierte sich als Routinebehandlung. Auch die quantitative Bedeutung nahm zu: 1970 fanden in der Schweiz 55, 1980 bereits 160 und 1994 dann 381 Organtransplantationen statt.[9] Der Präsident der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) schwärmte 1990 vom »Siegeszug der Transplantationschirurgie«: Durch eine »ungeahnte Entwicklung« sei »unmöglich Scheinendes« nun »möglich gemacht worden«. In der Medizingeschichte sei eine neue Phase angebrochen, nämlich die »Phase des Ersatzteils«, mit der endlich funktionsuntüchtig gewordene Organe ausgetauscht werden könnten.[10]

Mit der Transplantationsmedizin waren große Erwartungen verbunden. Sie verfügte über ein therapeutisches Potential, das über herkömmliche medizinische Therapieformen hinausging: Sie heilt, indem sie kranke, absterbende Teile des Körpers durch neue, gesunde ersetzt. Der Körper wird dadurch veränder- und erneuerbar. Damit repräsentiert die Transplantationsmedizin wie kaum ein anderes Verfahren das große Versprechen der modernen Medizin, das körperliche Leben zu regenerieren und zu verlängern. Zusammen mit anderen biomedizinischen Techniken wie Gen- oder Reproduktionstechnologien nährt sie die phantastische Hoffnung einer technischen Beherrschbarkeit des Lebens und damit einer Überwindung der Sterblichkeit.[11]

Die Organtransplantation als Erfolgsgeschichte? Bereits die einleitenden Ausführungen zur ersten Herztransplantation in Zürich zeichnen ein widersprüchlicheres Bild: Neben die Bewunderung für die medizinische Sensation schoben sich Zweifel und Kritik – vor allem im Zusammenhang mit der

Organspende. Auch der FMH-Präsident wies 1990 auf die Gefährdung des von ihm euphorisch gepriesenen Fortschritts hin. Das Problem verortetet er wiederum bei der Beschaffung der Organe: Der Bedarf an transplantationsfähigen Organen sei derart angestiegen, dass »der Organmangel heute zum primären Problem avanciert ist«.[12] Der Transplantationsmedizin fehlten die notwendigen Ressourcen, um ihren Siegeszug fortzuführen.

Es sind diese Ressourcen, mit denen sich die Organtransplantation von anderen medizinischen Therapieformen unterscheidet. Um zu heilen, ist die Transplantationsmedizin auf lebendige menschliche Körperteile angewiesen. Oder wie ein Schweizer Transplantationschirurg lakonisch feststellte: »Ein gesundes, normal funktionierendes Organ ist das Beste, das man haben kann«.[13] Im Zuge der Etablierung und Expansion der Transplantationsmedizin entwickelte sich das Organ zu einer raren und wertvollen Bio-Ressource.[14] »Chirurgen brauchen Nieren«, titelte die *Basler Zeitung* 1985.[15] Und ein Basler Arzt sprach 1989 von einem »Kampf um Spender«.[16]

Um 1970, also kurz nachdem die Organspende 1969 erstmals öffentlich problematisiert wurde, zeigten sich die Schweizer Ärzte zuversichtlich, dass die Organspende durch Aufklärung und Erziehung der Bevölkerung bald etwas Selbstverständliches sein werde. Mitte der 1980er Jahre bekräftigten sie das Ziel, allen, die dieser Behandlung bedürfen, eine Organtransplantation zu ermöglichen, und lancierten eine Werbekampagne für die Organspende. Zehn Jahre später war der Optimismus jedoch Ernüchterung gewichen. Die 1990er Jahre wurden in der Innen- und Außenansicht häufig als Krisenzeit der Transplantationsmedizin wahrgenommen, als Bruch in einer expansiven Fortschrittsgeschichte. Die Spenderzahlen sanken, das Image war angeschlagen: »Es fehlen Organe und Akzeptanz«, fasste der *Tages-Anzeiger* die Situation 1998 zusammen.[17] Was war passiert? Wieso blieben die Bemühungen der Transplantationsmedizin um Organe hinter den Erwartungen zurück? Und weshalb war die Transplantationsmedizin vermehrt nicht nur mit Faszination und Hoffnung, sondern auch mit Ängsten und Unbehagen verbunden? Und was sagt uns das alles über die kulturelle Bedeutung von Biomedizin in der Spätmoderne?

Diese Fragen haben mein Forschungsinteresse angeleitet und bilden den Hintergrund für diese Geschichte der Organspende.

Grundlagen der Organspende

Die Verwendung des Begriffs »Organspende« in den Quellen ist mehrdeutig: Einerseits bezeichnet die Organspende den Akt, die eigenen Organe für Transplantationen zur Verfügung zu stellen, andererseits – allgemeiner – den gesamten Prozess der Beschaffung von Organen für Transplantationen.[18] Diese Geschichte der Organspende umfasst beide Dimensionen des Begriffes, die

eng miteinander verknüpft sind: Es ist sowohl eine Geschichte darüber, wie menschliche Körperteile in transplantationsfähige Organe verwandelt wurden, als auch eine Geschichte über die Bereitschaft, diese Verwandlung zuzulassen.

Die Frage, wie die notwendigen Organe beschafft werden können, hat die Transplantationsmedizin von Anfang an beschäftigt.[19] Es gab – und gibt – grundsätzlich zwei Varianten: Das Organ wird entweder einem lebenden oder einem toten Menschen herausoperiert. Die sogenannte Lebendspende kommt nur bei der Niere – und in der Schweiz erst seit 1999 auch bei der Leber – in Frage.[20] Sie dominierte in der Frühzeit der Organtransplantation, wurde dann aber bald von der sogenannten postmortalen Spende als Standardverfahren abgelöst. Erst im Laufe der 1990er Jahre nahmen in der Schweiz die Lebendspenden wieder zu – als Reaktion auf die stagnierenden oder gar abnehmenden postmortalen Spenden.[21]

Die Organentnahme bei toten Spendern steht in diesem Buch im Vordergrund. Es ist deshalb unerlässlich, auf die Grundlagen dieses Verfahrens einzugehen. Sie bestehen zunächst in einem Paradoxon: Der Spender muss zwar tot sein, um seinen Körper öffnen und dessen Teile entnehmen zu können. Dieser Körper und seine Teile müssen aber zwingend noch lebendig und funktionstüchtig sein. Nach dem Zusammenbruch des Herz-Lungen-Kreislaufs verlieren die Organe sehr schnell ihre Funktionstüchtigkeit. Deshalb wurde die Entnahme bei herztoten Spendern in der Frühphase der Transplantation bald aufgegeben, nachdem es neue intensivmedizinische Techniken erlaubten, die Durchblutung und Sauerstoffversorgung der Organe mittels maschineller, künstlicher Beatmung auch nach dem Zusammenbruch der Hirnfunktionen aufrechtzuerhalten.[22] Als Spender dienten fortan hirntote, künstlich beatmete Spender: Als menschliches Individuum waren sie tot, ihr Körper lebte aber weiter. Als Voraussetzung für diese Entnahmepraxis musste eine neue Grenzziehung zwischen Leben und Tod etabliert werden, die allein an der Funktionsfähigkeit des Gehirns orientiert ist. Ausgangspunkt dieses neuen Todesverständnisses bildete die Hirntod-Definition, die 1968 vom Ad-hoc-Komitee der Harvard Medical School festgeschrieben wurde.[23]

Die postmortale Organspende ist und war ein aufwendiger, komplexer und kommunikationsintensiver Prozess. Von der Identifizierung eines potentiellen Organspenders auf der Intensivstation bis zur Ankunft des Organs beim Empfänger konnten mehrere Tage vergehen. Das Zentrum, den Kern dieses Prozesses bildete die Hirntod-Diagnose. Sie markiert den Moment, an dem sich ein schwerkranker Mensch gleichsam in ein Körper-Reservoir an Organ-Ressourcen verwandelt. An diesem Umschlagpunkt verdichtet sich die diesem Prozess inhärente Spannung, wenn unvereinbare Perspektiven auf den Spenderkörper unvermittelt aufeinanderprallen. Darüber hinaus konkretisiert sich im Augenblick dieser Diagnose die Macht der Medizin über Leben und Tod in ungewohnter Deutlichkeit. Die Organtransplantation führt die Medizin an

ihre Grenzen: Um Körper wiederherstellen zu können, muss sie andere Körper verstümmeln; um das Leben einiger zu verlängern, ist sie auf den Tod anderer angewiesen. Wie sind die Medizin und die Gesellschaft, in der sie praktiziert wird, mit diesen Spannungen und Widersprüchen umgegangen? Auch dieser Frage will ich in diesem Buch nachgehen.

Theoretische Überlegungen: Kulturgeschichte und Diskursanalyse

Diese Studie ist keine technik- oder wissenschaftsgeschichtliche Untersuchung im engeren Sinne. Mich interessiert weniger die Entwicklung des medizinischen Verfahrens der Organspende, als der kulturelle Umgang mit diesem Verfahren, die Frage, wie es angewandt, organisiert und institutionalisiert, wie es symbolisiert, gedeutet und gesetzlich geregelt wurde. Es handelt sich also um eine Kulturgeschichte der Organspende, wobei Kultur hier verstanden wird als Gesamtheit aller Systeme, Formen und Praktiken, mit denen sich Handelnde ihre Wirklichkeit als bedeutungsvolle erschaffen. Die kulturelle Sinnproduktion – und damit alles Denken, Sprechen und Handeln – ist letztlich immer sprachlich strukturiert: Kultur ist ein System von Zeichen und Codes, eine symbolische Ordnung.[24] Mit diesem Kulturbegriff verbunden ist die Vorstellung des Konstruktionscharakters sozialer Wirklichkeit. Ich gehe – mit den Theorien im Rahmen des sogenannten *linguistic turn* – davon aus, dass es keine soziale Wirklichkeit gibt, die jenseits von Zeichensystemen wahrgenommen werden kann. Oder anders gesagt: Es gibt kein Sinnhaftes außerhalb der Sprache. Sprache bildet nicht einfach die äußere soziale Welt und ihre Dinge ab, sondern bringt sie erst hervor und konstituiert sie in sinnhafter Weise.[25] Hinsichtlich meines Untersuchungsgegenstandes bedeutet das: Der Prozess der Organbeschaffung, der Akt der Organspende und die entnommenen Organe waren nie einfach gegeben. Was sie sind, ihre Bedeutung, ihr Sinn, wurde diskursiv erzeugt. Die Praxis der Organspende, das Handeln der unterschiedlichen medizinischen und nicht-medizinischen Akteure, war dadurch bestimmt, wie ihre Bedeutung, ihr Sinn in den Diskursen, an denen diese Akteure partizipieren, konstruiert wurde. Bei der Akzeptanz der Organspende und bei der Bereitschaft oder der Weigerung, die Organe für Transplantationen zur Verfügung zu stellen, handelt es sich also um diskursive Effekte.

Diese Untersuchung geht also der Frage nach, wie die Organspende in den Diskursen über sie konstruiert wurde. Sie richtet ihren Fokus auf das Sprechen über die Organspende, wobei neben dem medizinischen und wirtschaftlichen das moralische Sprechen im Vordergrund steht. Alle drei semantischen Felder, so soll gezeigt werden, können nicht unabhängig voneinander analysiert werden, sondern bedingten sich gegenseitig. Bei der historischen Analyse dieses Sprechens orientiere ich mich an der Diskursanalyse, wie sie der französische

Philosoph und Historiker Michel Foucault entwickelt hat.[26] Konkret sind zwei theoretische Annahmen von Bedeutung:

Die *erste* Annahme betrifft die Verknappung, die Begrenzung des Sagbaren: Diskurse sind laut Foucault Serien oder Felder von Aussagen, die historisch und sozial situiert sind und sich gemäß einer Regelmäßigkeit, einer Ordnung formieren.[27] Diskurse haben Grenzen: Gewisse Aussagen sind innerhalb eines Diskurses verboten.[28] Um in einem Diskurs eine wahre Aussage zu machen, muss sich das sprechende Subjekt der Diskursordnung unterwerfen, muss den »Regeln der diskursiven ›Polizei‹« gehorchen.[29] Diskurse verknappen also die Aussagemöglichkeiten, sie organisieren die Wirklichkeit, indem sie das Sag-, Denk- und Machbare beschränken.[30] Dieses Buch fragt nach den Rederegeln, den diskursiven Mustern, die sich im untersuchten Zeitraum konstituierten und das Sprechen über die Organspende strukturierten. Es gab, dies sei vorweggenommen, nicht *einen* Diskurs der Organspende. Ich werde im Folgenden zwischen einem medizinisch-wissenschaftlichen Diskurs, einem organisatorisch-ökonomischen und einem moralischen Diskurs unterscheiden, die zwar aufeinander bezogen waren, aber je eigenen Regeln folgten.

Die *zweite* Annahme betrifft die unauflösliche Koppelung von Diskurs und Macht: Der Diskurs ist laut Foucault »dasjenige, worum und womit man kämpft; er ist die Macht, deren man sich zu bemächtigen sucht«.[31] Das sprechende Subjekt ist zwar den Regeln des Diskurses unterworfen, kann sich ihrer aber bemächtigen und so am diskursiven Machtkampf teilnehmen: »Das große Spiel der Geschichte dreht sich um die Frage, wer sich der Regeln bemächtigt; wer an die Stelle derer tritt, die sie für sich nutzen; wer sie am Ende pervertiert, in ihr Gegenteil verkehrt und gegen jene wendet, die sie einst durchsetzten […].«[32] Der diskursive Kampf ist gleichzeitig ein Kampf um die Regeln sowie ein Kampf darum, wer dazu legitimiert ist, nach diesen Regeln eine bestimmte Wahrheit auszusprechen.

Es geht also nicht nur um die Frage, was gesagt werden kann, sondern auch, wer sprechen darf. Diskursive Regeln, Sprecherposition und soziale Lage des Subjektes stützen und bestätigen sich dabei gegenseitig.[33] In dieser Arbeit sollen die Deutungskämpfe[34] um die Organspende ebenso untersucht werden, wie die mit diesen verknüpften Kämpfe um die Deutungsmacht: die Kämpfe darum, wer dazu legitimiert ist, die Wahrheit über die Organspende zu sagen. Die einleitend erzählte Geschichte über die Debatte um die erste Herztransplantation von 1969 zeigt, dass im Sprechen über die Organspende vor allem die Deutungshoheit der Medizin verhandelt wurde.

Um die Kämpfe um Deutungsmacht und Sprecherpositionen zu analysieren, unterscheide ich unterschiedliche Akteur-Gruppen. Diese Studie geht der Frage nach, welche Rolle diese Akteur-Gruppen im Diskurs über die Organspende spielten. Die Unterscheidung dieser Akteur-Gruppen dient als heuristisches Instrument, das mit einer Komplexitätsreduktion einher geht; es handelt

sich dabei, das wird sich im Laufe der Arbeit zeigen, nicht um monolithische Einheiten. Grundsätzlich unterscheide ich zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Akteuren. Bei den Medizinern lassen sich wiederum verschiedene Untergruppen voneinander abgrenzen: Ärzte, die mit der Transplantation befasst sind, und andere Ärzte; Transplantationschirurgen und Intensivmediziner; Ärzte an Transplantationszentren und Ärzte an nicht-transplantierenden Krankenhäusern. Als eigene Gruppe fungieren die Pflegenden. Bei den Laien interessiere ich mich speziell für die Bedeutung zweier Gruppen: die Patientenorganisationen und die Pharmaindustrie. Darüber hinaus können auch die Presse bzw. die Medienschaffenden als Akteur-Gruppe gefasst werden. Weniger als Akteur-Gruppen, sondern eher als soziale Positionen werde ich Spender und Empfänger sowie die Angehörigen der Spender differenzieren.

Über Foucault hinaus: Metaphern, Phantasmen, Praktiken, Interessen

Der Ansatz der Foucaultschen Diskursanalyse, den ich skizziert habe, provoziert Fragen: Wenn der Diskurs die soziale Wirklichkeit hervorbringt, welche Rolle spielen dann der Körper, seine Gefühle und der Tod? Welche Rolle spielen Techniken, Praktiken und Institutionen? Und welche Rolle spielen die Interessen der Akteure in einer Geschichte der Organspende? Im Folgenden will ich diese Probleme klären und dabei auf die Grenzen der Diskursanalyse eingehen, und erläutern, wo es sinnvoll ist, über dieses Konzept hinauszugehen bzw. es zu ergänzen. Dabei erscheinen mir drei Punkte von Bedeutung:

Erstens beschränkt sich die Diskursanalyse Foucaultscher Prägung darauf, den manifesten Sinn von Aussagen und die Wahrheitsregeln von Diskursen gleichsam positivistisch – in ihrer Positivität, Oberflächlichkeit und Neutralität – zu ermitteln. Dabei geraten zwei Aspekte aus dem Blick, die für diese Untersuchung wichtig sind: Einerseits »die polysemische Eigenlogik der Sprache, die sich am deutlichsten in ihren Metaphern zeigt«, und auf eine sprachliche Bedeutung verweist, die über den manifesten Sinn von Aussagen hinausgeht.[35] Ich interessiere mich in dieser Arbeit für die Metaphern, welche den Diskurs über die Organspende organisierten, und für ihre Bedeutungseffekte. Unter anderem werde ich auf die Bedeutung des Begriffs »Organmangel« und auf die Formel »Geschenk des Lebens« eingehen.

Andererseits gilt mein Interesse nicht nur der Regelhaftigkeit der Diskurse über die Organspende, sondern auch ihren inneren Widersprüchen, den Brüchen und Rissen, die sie durchziehen. Diese Bruchhaftigkeit des Diskurses verweist darauf, dass der Körper, die Emotionen, der Tod zwar immer sprachlich verfasst sind, aber nicht vollständig in der Sprache aufgehen; es bleibt ein nicht-symbolisierbarer Rest, ein Unbewusstes, Verstörendes, das man in Anschluss an die lacansche Psychoanalyse als Reales bezeichnen könnte.[36] Dort

wo dieses Reale in den Diskurs einbricht, wo die Symbolisierung zu scheitern droht, gebiert der Diskurs Phantasmen, die vor dem Realen schützen, indem sie es abbilden und umdeuten.[37] Ein besonderes Augenmerk soll auf die Phantasien und Imaginationen über die Organspende gerichtet werden, wie sie sich in populärkulturellen Medien wie Romanen, Filmen oder modernen Legenden manifestierten, und auf ihre Bedeutung im diskursiven Sinnkonstruktionsprozess der Organspende. Es ist eine der zentralen Thesen dieses Buches, dass es nicht zuletzt auch fiktive Geschichten über Organraub und Organhandel waren, welche die Realität der Organspende in der Schweiz geprägt haben.

Zweitens stellt sich die Frage nach der Rolle des Nicht-Diskursiven: der Technik, der Praktiken und der Institutionen. Der Medizinhistoriker Thomas Schlich, der die Transplantationsmedizin im Anschluss an Bruno Latours Akteur-Netzwerk-Theorie als komplexes Netzwerk aus unterschiedlichen technischen und sozialen Elementen konzipiert, hat darauf hingewiesen, dass eine historische Analyse die einzelnen Elemente dieses Netzwerks nicht isoliert betrachten dürfe. Die Geschichte der Organtransplantation könne nur verstanden werden, wenn sowohl ihre technische als auch ihre soziale Seite berücksichtigt werde.[38] In diesem Sinne gilt es, auch die technischen Voraussetzungen und Entwicklungen der Organtransplantation in ihrer relativen Eigenlogik zu berücksichtigen, da sie mit den Praktiken und Diskursen in engem und gegenseitigem Zusammenhang stehen.[39]

Foucault hat ab 1970 den Begriff des Dispositivs eingeführt, der ein Macht-Wissen-Netz von Institutionen, Diskursen und Praktiken, also sowohl Gesagtes wie Ungesagtes, bezeichnet.[40] Diese Konzeption ergänzt die Perspektive der Diskursanalyse, indem sie daran erinnert, dass einerseits die Hervorbringung von Wissen und Macht nicht nur auf sprachlicher Ebene stattfindet, und andererseits das diskursive Wissen immer auch mit außerdiskursiven Machtformen verbunden ist.[41] Die Transplantationsmedizin kann als Dispositiv gefasst werden: als Ensemble von Diskursen, Institutionen und Praktiken, die miteinander verknüpft sind. In dieser Arbeit soll auch die Entwicklung der Institutionalisierung und der Organisation der Organspende, sowie der mit ihnen verbundenen Praktiken untersucht und die Frage gestellt werden, wie sie mit der Entwicklung der Diskurse über die Organspende zusammenhängt. Dabei gilt es aber zu beachten, dass erstens sich sowohl medizinische Technik als auch medizinische Praktiken nicht außerhalb sprachlicher Bedeutungskonstitution bewegen, und dass sie zweitens in dieser historischen Untersuchung nur über sprachliche Quellen erfasst werden.

Der *dritte* Punkt betrifft die Interessen der Akteure. Foucaults Diskursanalyse versteht das Sprechen und Handeln der Subjekte von den diskursiven Mustern aus, in die sie eingeschrieben sind, nicht aber von ihren individuellen Intentionen aus. Akteure sind zwar Kämpfer im Spiel um die diskursiven Regeln, aber keine eigenmächtigen Subjekte, die bewusst rational und nutzen-

orientiert handeln.[42] Nun betonen verschiedene Studien das Prestige und das Geld, das bei der Transplantationsmedizin auf dem Spiel steht.[43] Ist also die Geschichte der Organspende nicht auch von den Interessen einzelner Akteure bestimmt – etwa der Transplantationschirurgen oder der Pharmaindustrie? Speziell im Zusammenhang mit diesen beiden Akteur-Gruppen werde ich der Frage nachgehen, welche Bedeutung dem Streben nach ökonomischem und symbolischem Kapital zukam – ohne dabei die Eigengesetzlichkeiten der symbolischen Strukturen auszublenden. Bei der Analyse der Kämpfe der medizinischen Akteure um symbolisches Kapital werde ich mich auf die Kapitaltheorie des Soziologen Pierre Bourdieu stützen, die beschreibt, wie Akteure in einem bestimmten Feld um die Anhäufung verschiedener Kapital-Sorten konkurrieren.[44] Es ist zu betonen, dass auch in Bourdieus Kapitaltheorie die Interessen der Akteure erst innerhalb einer symbolischen Ordnung definierbar sind, weshalb die Analyse der symbolischen Strukturen Vorrang vor der Analyse der expliziten Interessen hat.[45] Die Interessen der medizinischen Akteure können dementsprechend nur vor dem Hintergrund des entsprechenden medizinisch-ökonomischen Diskurses untersucht werden.

Quellen

Die Quellenlage zeichnet sich durch einen für die Zeitgeschichte typischen Widerspruch aus: Einerseits gibt es eine Fülle von publizierten Quellen; andererseits erweist sich der Zugriff auf unpublizierte medizinische Quellen als schwierig, da sie oft nicht archiviert, erfasst oder noch nicht zugänglich sind.[46] Ich hatte das Glück, dass mir zwei medizinische Institutionen den Zugang zu den von ihnen aufbewahrten Dokumenten ermöglich haben: Die bei der Stiftung Swisstransplant lagernden Materialien ermöglichen eine gute Übersicht über die Entwicklung der Schweizer Transplantationsmedizin seit den 1980er Jahren. Neben Sitzungsprotokollen und Korrespondenz des Vorstands und der unterschiedlichen Arbeitsgruppen sind auch Statistiken und Dokumente zur Öffentlichkeitsarbeit von Interesse. Bei der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) fanden sich neben unterschiedlichsten Dokumenten zur Organtransplantation auch Protokolle und Korrespondenz von Kommissionen, die sich 1968–1973 sowie 1994–1995 mit ethischen und medizinischen Fragen zur Transplantation befassten.

Die bisher weitgehend unbearbeiteten Quellen von Swisstransplant und SAMW sind deshalb wertvoll, da sie einen teilweise detaillierten Einblick in das inner-medizinische Sprechen über die Organspende erlauben, das gleichsam hinter verschlossenen Türen stattfand. Aufgrund des jungen Alters der Dokumente bin ich gezwungen, einen Großteil der auftretenden Akteure zu anonymisieren.[47] Das ist insofern kein Problem, da in dieser Untersuchung weniger die Bedeutung einzelner Subjekte, als überindividuelle Diskurse und

Strukturen interessieren. Weitere nicht-publizierte Quellen, die ich heranziehen werde, stammen aus den Staatsarchiven Basel und Bern sowie aus dem Kantonsspital St. Gallen und dem Universitätsspital Genf.

Darüber hinaus umfasst der Quellenkorpus publizierte Quellen unterschiedlichster Art: Medizinische Fachpublikationen, Publikationen von Krankenhäusern, medizinischen Verbänden, Patientenorganisationen und der Pharmaindustrie, Beiträge aus Zeitungen, Zeitschriften und Fernsehen, politische und juristische Dokumente, aber auch TV-Serien, Spielfilme und Romane. Diese Quellenarten repräsentieren unterschiedliche Medientypen, die sich durch spezifische materielle und soziale Eigenarten auszeichnen: Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Verbreitung, ihres Zielpublikums, ihrer ökonomischen Fundierung und Funktion sowie den ihnen eingeschriebenen Rezeptionsweisen. Diese mediale Eigenlogik gilt es zu berücksichtigen.[48]

Eine wichtige Bedeutung für die kulturelle Konstruktion der Organspende, so werde ich argumentieren, kam den journalistischen Medien und der populärkulturellen Medien zu, zwei Kategorien, die ich forschungspraktisch wie folgt voneinander abgrenzen werde: Als journalistische Medien bezeichne ich Zeitungen, Zeitschriften, TV- und Radiosendungen, welche gemäß ihrem Selbstverständnis vor allem darauf abzielen, über die soziale Welt zu informieren und sie zu kommentieren. Unter den populärkulturellen Medien fasse ich dagegen kulturindustrielle Produkte wie TV-Serien, Filme, Romane oder Comic-Bücher, die in erster Linie der Unterhaltung dienen und fiktive Geschichten über die soziale Welt erzählen. In diese Kategorie reihe ich auch die modernen Legenden ein, skurrile Wander-Geschichten, die meist mündlich verbreitet werden.[49]

Ein Großteil der Menschen, so eine Vorannahme dieser Arbeit, erfuhr die Realität der Transplantationsmedizin vor allem vermittelt durch diese beiden Medien-Typen. Während die große soziale Deutungsmacht der journalistischen Medien etwa in den Medialisierungs-Theorien betont wurde,[50] so haben Vertreter der *cultural studies* verschiedentlich auf die kulturelle Wirkmächtigkeit der populärkulturellen Medien hingewiesen und darauf aufmerksam gemacht, dass diese über ihre reine Unterhaltungsfunktion hinaus dem Aushandeln gesellschaftlicher Normen und Konflikte und dem Ausdruck politischen Widerstands dienten.[51] Indem diese Studie zur Erklärung der medizinischen und politischen Entwicklung der Organspende auch populärkulturelle Quellen heranzieht, unterscheidet sie sich von bisherigen Studien zum Thema.

Literatur: Zwischen Fortschritts- und Verfallsgeschichte

1998 beklagte Thomas Schlich ein mangelndes geschichtswissenschaftliches Interesse für die Organtransplantation.[52] Bis heute hat sich die Situation nicht

wesentlich gebessert: Neben den grundlegenden Studien Schlichs sind die Texte von Anne Marie-Moulin, Anna Bergmann und Valentin Groebner zu nennen.[53] Für die Schweiz haben Silke Bellanger, Aline Steinbrecher und Sibylle Obrecht mehrere Arbeiten zur Geschichte der Hirntods sowie zu den ersten Herztransplantationen und dem immunologischen Diskurs publiziert, auf die ich in diesem Buch verschiedentlich zurückgreifen werde.[54] Eine kulturhistorische Untersuchung der Organspende in der Schweiz, wie sie in dieser Arbeit vorgenommen wird, fehlt bisher.

Es existieren zahlreiche sozialwissenschaftliche (soziologische, medizinanthropologische und ethnologische) Forschungen, die sich in unterschiedlicher Perspektive mit verschiedenen Aspekten der Transplantationsmedizin befasst haben.[55] Schon früh gab es auch ein Interesse für die kulturelle Dimension der Organtransplantation.[56] Auch die kultur- und sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung – und damit auch diese Arbeit selbst – ist Teil der kulturellen Konstruktion der Organspende, weshalb einige wissenschaftliche Studien in der Folge auch als Quellentexte herangezogen werden.

Auf die reichhaltige bioethische Literatur zum Thema werde ich mich höchstens am Rande stützen.[57] Bio- und medizinethische Texte fungieren vielmehr als Quellen. Es ist nicht die Aufgabe der Geschichtswissenschaft, ethische Diskurse zu führen. Vielmehr sollen in diesem Buch die Genese ethischer Positionen und deren Bedeutung für die Entwicklung der Transplantationsmedizin historisch rekonstruiert werden.[58]

Es lassen sich grob zwei perspektivische Tendenzen identifizieren, die für die historiographische und sozialwissenschaftliche Forschung über die Organtransplantation bestimmend sind. Einerseits neigt die ältere und vor allem von beteiligten Ärzten verfasste Historiographie dazu, die Geschichte der Organtransplantation als Fortschrittsnarrativ zu erzählen, wobei die Pioniere und ihre Pioniertaten im Vordergrund stehen.[59] Die Entwicklung und Etablierung der neuen medizinischen Technik erscheinen in dieser deterministischen Perspektive als selbstevident; oft werden sie – wie hier vom bekannten Schweizer Transplantationschirurgen Felix Largiadèr in seiner 2010 erschienenen autobiographischen Transplantationsgeschichte – als »Erfüllung eines alten, bis vor kurzem noch utopisch scheinenden Menschheitstraums« dargestellt.[60] Diese Sichtweise dient der Legitimierung der transplantationsmedizinischen Praxis und führt letztlich zu einer Dehistorisierung des Gegenstandes.[61]

Andererseits tendieren viele sozial- und geschichtswissenschaftliche Studien zu einer sich alarmistisch und apokalyptisch gebärdenden Kritik.[62] Sie stellen die eben erläuterte Perspektive gleichsam auf den Kopf, indem sie nicht eine Fortschritts-, sondern eine Verfallsgeschichte erzählen, die mit einer zunehmenden Unterwerfung, Disziplinierung, Verdinglichung, Ausbeutung, Industrialisierung und Kommerzialisierung des Individuums und seines Körpers einhergeht. Dies gilt zunächst für die Entwicklung der Organtransplan-

tation an sich: So betonten etwa Fox/Swazey, Pioniere der sozialwissenschaftlichen Forschung zur Transplantationsmedizin, in ihrem zweiten Werk von 1992 ihr Unbehagen über die Expansion dieser medizinischen Sparte, die sie mit der beunruhigenden Zunahme eines Ersatzteil-Pragmatismus und einer wachsenden Vermarktung des Körpers verbunden sahen.[63] Auch die französische Medizinhistorikerin Anne-Marie Moulin sah 1995 die idealistische Ethik der Pioniere durch einen juristischen und kommerziellen Realismus in Frage gestellt, der den Körper zunehmend als Sache behandle und einem Marktmechanismus unterwerfen wolle.[64]

Gleichzeitig wird die Organtransplantation in eine Verfallsgeschichte der modernen Medizin eingereiht. Ein solches Narrativ findet sich etwa bei der deutschen Medizinhistorikerin Anna Bergmann, welche die Entwicklung der modernen Medizin als erbarmungslose Verdinglichung des Menschen und als fortschreitende Entseelung des Patienten schildert. Bergmann stellt die Transplantationsmedizin ans Ende einer Kontinuitätslinie, die mit den vormodernen Anatomen beginnt und in den nationalsozialistischen Menschenexperimenten ihren Höhepunkt findet.[65]

Zweifellos ist eine gewisse emotionale und normative Aufladung verständlich in einem Feld, in dem es um Leben und Tod geht. Trotzdem bietet keine der beiden geschilderten Perspektiven viele Ansatzpunkte für eine unaufgeregte, nüchterne historische Untersuchung.[66] Die vereinfachende Dichotomie von Fortschritts- oder Verfallsgeschichte soll in diesem Buch – jenseits einer Trivialisierung und Dramatisierung der Organtransplantation – verkompliziert werden.

Drei Thesen zur Überprüfung: Unterwerfung, Kommerzialisierung, Verdinglichung

Drei theoretisch-empirische Thesen zur Entwicklung der Organspende, die in der medizinkritischen Perspektive der sozial- und geschichtswissenschaftlichen Forschung eine große Rolle spielen, sollen in diesem Buch kritisch überprüft werden:

Erstens findet sich in der soziologischen Literatur verschiedentlich die These, dass sich die Transplantationsmedizin im Zuge ihrer Expansion die Individuen und ihre Körper gleichsam in einem radikalen Medikalisierungs-Prozess[67] unterworfen habe. Damit geht die Diagnose einher, der moralische Druck zur Spende und die »Sozialpflichtigkeit des Körpers«[68] habe zugenommen.[69] Thorsten Junge beschrieb in seiner Studie von 2001 die Transplantationsmedizin als Machtinstitution, die durch Normierung und Disziplinierung gefügige Subjekte hervorbringe: »Der Machtkörper der Transplantationsmedizin produziert eine Normalität der Spendebereitschaft und die davon abweichende Haltung, das unverfügbare Subjekt.«[70] Die Konstituierung eines transplantations-

freundlichen Subjekts vollzieht sich laut Junge, der sich auf Foucaults Konzept der Bio-Macht stützt, durch eine »allumfassende Diskursivierung«, aus der ein Rückzug nahezu unmöglich sei.[71] Die diskursiven Machtmechanismen der Normierung und Disziplinierung arbeiteten nicht mit den Mitteln der Repression, sondern stützen sich auf Verfahren der Fremd- und Selbstkonstituierung des Subjekts: der Vorgabe und Kontrolle, der Konstruktion und Einpflanzung bestimmter Normen, der Ab- und Ausrichtung spezifischer Verhaltensweisen.[72] Eine wichtige Bedeutung komme dabei der Werbung und den Aufklärungskampagnen der Transplantationsmedizin zu.[73] Diese Unterwerfungs- oder Normierungsthese steht im Widerspruch zu der in der Medizinsoziologie und Medizingeschichte verbreiteten Auffassung, die von einem Machtverlust der Medizin und einer gleichzeitigen Emanzipation der Laien ab den 1960er Jahren ausgeht.[74] Diese Positionen sollen in dieser Arbeit überprüft werden: Wie weitreichend war die Macht der Transplantationsmedizin über die Individuen und ihre Körper? Wie wirksam waren die Aufklärungskampagnen? Inwiefern konstruierten die Diskurse der Organspende eine Sozialpflichtigkeit des Körpers? Und brachten sie tatsächlich gefügige, spendefreudige Subjekte hervor?

Die *zweite* verbreitete These behauptet eine zunehmende Vermarktung der Organe. Diese These bezieht sich auf unterschiedliche Entwicklungen: auf die globale Ausbreitung des illegalen Organhandels, auf Vorschläge und Tendenzen zu einer liberaleren und an Marktprinzipien orientierten Regelung der Organspende sowie allgemeiner auf die Zunahme einer ökonomischen Logik im Dispositiv der Organbeschaffung. Alle drei Dimensionen spielen in Laufe der Arbeit eine Rolle. Die pauschale Behauptung einer wachsenden Kommerzialisierung der Organspende ist oft stark normativ aufgeladen; im Hintergrund schimmert die historisch wirkmächtige ethische Vorstellung des Körpers als etwas Unveräußerliches und Unverkäufliches durch.[75] Die Behauptung beruht zudem teilweise auf einem sehr weiten Verständnis von Kommodifizierung: Wird der Körper bereits zur Ware, wenn er hinsichtlich einer medizinischen Verwertung fragmentiert und depersonalisiert wird, wie dies Lesley Sharp auch im Zusammenhang mit der Transplantationsmedizin suggeriert?[76] Oder genügt – wie Nancy Scheper-Hughes vorschlägt – schon der sehnsüchtige Blick einer kranken Person auf eine andere, das Realisieren, dass der andere Körper medizinisches Material zur Verlängerung des eigenen Lebens enthält, um den Körper und das Leben in eine Ware zu verwandeln?[77]

In den Kultur- und Sozialwissenschaften wurde eine klare Unterscheidung zwischen Gaben- und Warentausch und gleichzeitig eine automatische ethische Superiorität des ersteren jüngst zunehmend hinterfragt.[78] Diese Verkomplizierung postulieren Waldby/Mitchell auch für die biomedizinische Verwertung von Körpermaterialien: Eine strikte Dichotomie von Geschenk und Ware werde den komplexen Systemen der Generierung, Zirkulation und An-

eignung von Geweben nicht mehr gerecht.[79] Vor diesem Hintergrund gilt es, die komplexe Verflechtung von altruistischen und ökonomischen Momenten im Dispositiv der Organspende zu untersuchen. Dabei interessiert mich, ob die populäre These einer zunehmenden Kommerzialisierung der Organspende tatsächlich zutrifft, und welche Rolle das Ökonomische im Sprechen über die Organspende spielte.

Die *dritte* These umfasst die Vorstellung einer zunehmenden Verdinglichung des menschlichen Körpers, die in engem Zusammenhang mit der Kommerzialisierungs-These steht. Diese Vorstellung ist oft verbunden mit einer theoretischen Konzeption, die zwischen Leib und Körper unterscheidet: Leib bezeichnet das, womit wir »in-der-Welt« sind«, ein individuell erlebter, nicht objektivierbarer Körper, ein subjektives Erfahrungs- und Empfindungsorgan, das vom Selbst durchdrungen ist. Demgegenüber ist der Körper ein objektivierter, kognitiv konstruierter Leib, ein Objekt, das von Wissenschaft und Medizin beobachtet und bearbeitet werden kann.[80] Verschiedene sozialwissenschaftliche Untersuchungen sehen in der Diskrepanz zwischen dem intellektuellen Verstehen auf der Ebene des Körperwissens und der sinnlichen Erfahrung auf der Leibebene eine Grundproblematik der biomedizinischen Körpertechniken.[81] Mit dieser Diskrepanz erklären sie auch, warum Hirntod und die Organentnahme von vielen Akteuren als Problem wahrgenommen werden.[82] Der Leib, in dem die Individuen scheinbar ganz sie selbst sind, wird in dieser Sichtweise zum Ausgangpunkt einer Kritik, eines »Einspruchs« gegen die Körperpraktiken der Transplantationsmedizin, in denen, so Mona Motakef, Leibdimensionen ignoriert würden.[83]

Es ist meines Erachtens wenig hilfreich, eine Spaltung in Leib und Körper vorzunehmen und den leiblichen Empfindungen und Erfahrungen in Zusammenhang mit der Organtransplantation nachzuspüren, wie dies etwa Hauser-Schäublin u.a. vorschlagen. Nimmt man die oben referierte Vorstellung des Konstruktionscharakters sozialer Wirklichkeit ernst, so gibt es keinen erfahrbaren Leib, der vor der Sprache, vor der Symbolisierung schon da ist. Nichts an unserem Umgang mit dem Körper ist einfach natürlich. Er ist vielmehr immer schon Teil der Kultur, ist symbolisch codiert und wird durch Diskurse, Bilder und institutionelle Praktiken hervorgebracht.[84] Eine biomedizinisch determinierte Realität lässt sich demnach nicht gegen eine unmittelbar menschliche Selbstbeziehung ausspielen. Jede moderne körperliche Selbstbeziehung ist naturwissenschaftlich-medizinisch vermittelt. Auch das alltägliche und das biomedizinische Körperbild bestehen nicht unabhängig voneinander, sondern modellieren sich gegenseitig.[85]

In dieser Arbeit wähle ich in Abgrenzung zur geschilderten körpersoziologischen Perspektive zwei körpergeschichtliche Herangehensweisen: Erstens soll – im Sinne der Foucaultschen Diskursanalyse – die kulturelle Codierung des Körpers innerhalb des Dispositivs der Organspende untersucht werden.

Im Vordergrund steht die Frage nach den Bildern und Modellen des Körpers: Welche Körpervorstellungen waren in Praxis und Sprechen über die Organspende wirksam? Welche Rolle spielten sie? Wie hegemonial waren sie? Und wie gestaltete sich ihr gegenseitiges Verhältnis? Waren sie kompatibel oder widersprüchlich? Die Körpertechniken der Organspende sollen dabei in einer Körpergeschichte der Moderne eingebettet werden.

Doch wo bleibt in dieser sozialkonstruktivistischen Sichtweise die »Unmittelbarkeit« des Körpers, seiner Empfindungen, seines Fleisches, wo der Tod als letzte Grenze der Kultur? Sie zeigen sich dort, wo die Symbolisierung brüchig ist, an ihren Rändern, wo das Subjekt sprachlos bleibt, wo das »Fleisch« nicht oder nur mühsam in Sprache aufgelöst werden kann. Ich werde also zweitens – wie bereits geschildert – die Frage nach dem Realen der Organspende stellen, das – so die Aporie, mit der umgegangen werden muss – zwar nie positiv gefasst werden kann, aber für eine Kultur der Organspende doch konstitutiv ist.[86]

Eingrenzung des Gegenstandes

Die thematische, zeitliche und räumliche Eingrenzung des Forschungsgegenstandes bedarf einer Erläuterung. Thema dieser Arbeit ist die allogene Transplantation[87] innerer Organe, wobei neben dem Herz, der Leber, der Lunge sowie der Bauchspeicheldrüse vor allem die Niere als das mit Abstand am häufigsten verpflanzte Organ im Vordergrund steht.[88] Bluttransfusionen, Hautverpflanzungen sowie die Transplantation anderer Gewebe werden nicht behandelt, außer sie spielen – wie etwa die Übertragung der Hornhaut – eine Rolle in der Debatte um die Organspende. Das Interesse dieser Arbeit konzentriert sich auf die Organbeschaffung. Die Problematik der Organ-Allokation, die gleichsam als ihr Gegenstück unmittelbar mit der Organbeschaffung zusammenhängt, findet nur bedingt Berücksichtigung. Die Makro-Allokation (die Verteilung der Organe unter den Transplantationszentren) werde ich – verstanden als letzten Schritt der Organbeschaffung – in meine Untersuchung einbeziehen; die auch in der Schweiz kontrovers diskutierte Mikro-Allokation (die ethische und medizinische Frage der Verteilung der Organe unter den einzelnen Patienten auf der Warteliste) werde ich hingegen weitgehend ausklammern.

Zeitlich konzentriert sich der Hauptteil dieses Buches auf die späten 1980er und die 1990er Jahre, als sich die Organtransplantation als Therapieform etablierte und der Organmangel als wichtigstes Expansionshindernis bekämpft wurde. Im Zeitraum von 1985 bis 1995, so werde ich argumentieren, fanden bedeutsame Verschiebungen statt, die Praxis und Diskurs der Organspende bis heute prägen. Für ein vertieftes Verständnis der Problematik war es aber unerlässlich, bereits 1969 einzusetzen, als die erste Schweizer Herztransplantation das Problem der Organbeschaffung erstmals ins öffentliche Licht rückte. Den Endpunkt bildet das 2004 erlassene eidgenössische Transplantations-

gesetz, das gleichsam das vorläufige rechtlich-politische Ergebnis der von mir untersuchten Entwicklung darstellt.

Neben dem zeitlichen ist auch der geographische Rahmen der Arbeit erklärungsbedürftig: »Die Organtransplantation zeichnet sich gegenüber den anderen klinischen Fachgebieten durch eine internationale Zusammenarbeit aus, deren Intensität und Ausmass in medizinischen und organisatorischen Belangen keine Parallele finden«, heißt es im Jahresbericht der Basler Transplantationsabteilung von 1974.[89] Tatsächlich war die Transplantationsmedizin ein ausgesprochen transnationales Unternehmen: Organe überquerten nationale und kulturelle Grenzen. Vor allem aber war die Forschung global vernetzt und auch die mediale Debatte über die Organtransplantation stark internationalisiert.

Trotzdem habe ich mich entschieden, die Analyse in dieser Arbeit auf den geographischen Raum der Schweiz einzuschränken. Dies impliziert, dass wirkmächtige Diskursereignisse jenseits der Grenze ausgeblendet werden. Im Bewusstsein dieser Problematik sollen verschiedentlich auch nicht-schweizerische Quellen herangezogen und die Entwicklung in der Schweiz in einen internationalen Kontext eingebettet werden.

Die Entwicklung der Organspende in der Schweiz unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht nicht wesentlich von derjenigen in anderen europäischen Staaten. Zwei Gegebenheiten, denen diese Studie besondere Aufmerksamkeit schenkt, machen die Schweiz aber zu einem speziellen und interessanten Fallbeispiel: Erstens war in der Schweiz von Anfang an eine große Nähe der Transplantationsmedizin zur heimischen Pharmaindustrie gegeben, welche die Organtransplantation mitprägte. Zweitens fiel die Schweiz innerhalb Europas und der westlichen Welt durch geringe Spenderzahlen auf. Mitte der 1990er Jahre war die Anzahl der Leichenspender gegenüber den führenden Staaten wie Spanien, USA, Österreich oder Belgien um 35 bis 50 Prozent niedriger.[90] Mit einem Minusrekord von 10.4 Leichenspendern pro Million Einwohner im Jahre 2002 fand sich die Schweiz im westeuropäischen Vergleich gar vor Luxemburg auf dem zweitletzten Platz wieder – eine Bilanz, die bis 2014 nur leicht verbessert werden konnte.[91]

Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass sich die Schweiz im 2004 verabschiedeten Transplantationsgesetz für die strengere Zustimmungsregelung und gegen die liberale Widerspruchsregelung entschied, die in Ländern wie Österreich, Frankreich, Italien oder Belgien galt. Dieses Buch versucht, diese Entscheidung aus einer historischen Perspektive zu verstehen.

Multidimensionale Perspektive

Die forschungspragmatische Reduktion auf einen überschaubaren Diskurs- und Praxis-Raum bietet abgesehen von den Schweizer Besonderheiten auch ge-

wichtige heuristische Vorteile: Sie erlaubt es, eine internationale Entwicklung – gleichsam unter der Lupe – erstens anhand eines eingeschränkten aber sehr heterogenen Quellenkorpus und zweitens am Fallbeispiel eines sich ausbildenden nationalen Transplantationssystems, das sich durchaus als eigenständig verstand,[92] nachzuvollziehen. Das ermöglicht die Analyse eines komplexen Wirkungsgeflechts unterschiedlicher Akteure und Ebenen: der medizinischen Praxis, der verschiedenen medialen Repräsentationen sowie der rechtlich-politischen Entwicklung. Diese Ebenen, die andere Studien oft isoliert betrachten, werden in meiner Untersuchung in Beziehung gesetzt.

Dadurch gewinnt dieses Buch einige seiner bemerkenswertesten Erkenntnisse. Ich werde etwa zeigen, weshalb die mediale Repräsentation über die Organspende nur vor dem Hintergrund ihrer Praxis und wieso umgekehrt aber auch die Entwicklung der medizinische Praxis nur vor dem Hintergrund der medialen Deutungen verständlich ist. Die rechtliche Regelung der Organspende schließlich kann nur unter Einbezug mehrerer Faktoren erklärt werden. Ich werde argumentieren, dass es nicht zuletzt die große Präsenz der Thematik von Organhandel und Organraub im medialen Diskurs war, die Mitte der 1990er Jahre in der Schweiz die Aufmerksamkeit auf den ungeschützten toten Körper und die unsichere Rechtslage bei der Organentnahme – und damit auf die Notwendigkeit einer einheitlichen und strengeren Gesetzgebung – lenkte.

Die multidimensionale Perspektive öffnet den Blick für Ambivalenzen und Paradoxien, die die Geschichte der Organspende begleiteten. Die Probleme der Transplantationsmedizin lagen nicht in erster Linie im Verhalten der beteiligten Akteure begründet. Sie resultierten vor allem aus Systemzwängen und dem Aufeinanderprallen konkurrierender Deutungsmuster, die kaum kontrollierbare und unbeabsichtigte Nebenwirkungen generierten.

Aufbau des Buchs

Dieses Buch erzählt die Geschichte der Organspende drei Mal aus jeweils unterschiedlichem Blickwinkel. Das anschließende dritte Kapitel beruht auf einer inner-medizinischen Perspektive, fokussiert auf das medizinische Dispositiv der Organspende und geht der Frage nach, wie die Organspende von den medizinischen Akteuren gedeutet, organisiert und praktiziert wurde. Es setzt direkt nach der ersten Herztransplantation von 1969 ein. Anhand von SAMW-Protokollen werde ich zunächst untersuchen, wie Ärzte die in der medialen Kontroverse aufgeworfenen Fragen und Probleme um die Organspende zu Beginn der 1970er Jahre intern diskutierten. Anschließend werde ich mich dem Begriff des Organmangels zuwenden, der das Sprechen um die Organspende spätestens ab Mitte der 1980er Jahre stark bestimmte. In diesem Teilkapitel sollen – als unverzichtbare Grundlage für die weitere Untersuchung – die Hintergründe und die diskursiven Effekte des Organmangels aus histo-

rischer Perspektive analysiert werden. Im Folgenden wird die Entwicklung der Organisation der Organspende erörtert – mit Schwerpunkt auf die 1980er und 1990er Jahre. Dabei gilt das Interesse zunächst der Mikro-Ebene: Die Kapitel 3.3 und 3.4 behandeln den Prozess der Organspende im Krankenhaus. Wie vollzog sich dieser Prozess und welche Probleme und Konflikte waren mit ihm verbunden? Und wie wurde versucht, den Prozess anzupassen, zu optimieren und zu legitimieren, um Probleme und Konflikte zu vermeiden? Das Kapitel 3.5 beschäftigt sich mit der Makro-Ebene: Wie gestaltete sich die Integration der nicht-transplantierenden Krankenhäuser und wie die Zusammenarbeit und der Organaustausch zwischen den sechs Transplantationszentren? Im Vordergrund steht die Frage nach dem Verhältnis von Kooperation und Konkurrenz, nach den Interessen der einzelnen Akteure und der Bedeutung des Ökonomischen im Dispositiv der Organspende.

Das vierte Kapitel verschiebt den Fokus weg vom inner-medizinischen Bereich hin zur Öffentlichkeit. Im Zentrum stehen die Aufklärungskampagnen für die Organspende, welche die Transplantationsmedizin und ihre Verbündeten ab Mitte der 1980er Jahre lancierten. Einleitend werde ich das Ausmaß der Kampagnen darstellen und ihre Ziele und Mittel beleuchten. Danach soll die Rolle von zwei Akteur-Gruppen untersucht werden, welche die Kampagnen unterstützten: die Patientenorganisationen und die Pharmaindustrie. Die inhaltliche Analyse erfolgt in den Kapiteln 4.3 und 4.4: Wie wurde im Rahmen der Kampagnen die Organspende als moralisch gute Tat konstruiert? Welche Bedeutung kam dabei den Metaphern des »Geschenks« bzw. der »Spende« sowie des »Lebens« zu? Und wo zeigen sich Widersprüche in diesem moralischen Diskurs? Abschließend untersuche ich die Wirksamkeit der Kampagnen: Inwiefern setzte sich die positive Deutung der Organspende als »Geschenk des Lebens« im öffentlichen Reden durch? Dabei werde ich auch die Frage der Macht des transplantationsmedizinischen Diskurses und die Unterwerfungs-These diskutieren.

Das fünfte Kapitel behandelt ebenfalls das öffentliche Sprechen über die Organspende, wählt aber einen anderen Zugang. Es beschäftigt sich mit der negativen Deutung der Organspende, welche sie mit Zwang, Gewalt, Ausbeutung und einer unheimlichen Macht der Medizin assoziierte. Im Mittelpunkt stehen Geschichten und Bilder über Organhandel und Organraub, zwei Begriffe, die zum Sinnbild einer missbräuchlichen Organbeschaffung avancierten. Ich werde argumentieren, dass diese Geschichten und Bilder das Sprechen über und damit auch die Praxis der Organspende in der Schweiz entscheidend beeinflussten – obwohl es keine Belege dafür gibt, dass es in diesem Land je zu Organhandel gekommen ist. Zunächst werde ich die diskursive Explosion rund um den Organhandel untersuchen, welche ab Ende der 1980er Jahre vor allem in den journalistischen Medien erfolgte. Danach werde ich mich den fiktiven Geschichten über Organhandel und Organraub zuwenden, die bereits ab

den 1970er Jahren in den populärkulturellen Medien erzählt wurden. Welche historischen Hintergründe haben diese Geschichten und welche Bedeutung kam ihnen im Sprechen über die Organspende zu? Auf der Basis dieser Analyse gehe ich in den drei verbleibenden Teilkapiteln der Frage nach, wie das Bedrohungsszenario des Organhandels den moralischen Diskurs der Organspende, ihre Organisation und ihre rechtliche Regelung prägten. Kapitel 5.3 nimmt die Reaktionen der transplantationsmedizinischen Akteure in den Blick. Kapitel 5.4 untersucht, welche Rolle der Organhandel als zentraler Referenzpunkt im Sprechen über die Organspende spielte. Dabei werden auch Vorschläge zu einer Liberalisierung der Organspende thematisiert. Kapitel 5.5 zeigt auf, wie im Zuge der diskursiven Explosion um den Organhandel zunehmend auch die Praxis der Organspende in der Schweiz hinterfragt wurde, und diskutiert zuletzt die Hintergründe der kulturelle Krise der Organspende Mitte der 1990er Jahre.

Das Schlusswort fast die Ergebnisse zusammen und diskutiert sie vor dem Hintergrund des 2004 verabschiedeten nationalen Transplantationsgesetzes.

Anmerkungen

1 | Vgl. Youngner/Fox/O'Connell 1996, S. 4; Schlich 1998b, S. 7f. sowie Rose 2007, S. 17.

2 | Feuerstein 1995, S. 14f.

3 | Vgl. Heinen 2010.

4 | Zur »Erfindung der Organtransplantation« im Zeitraum von 1880 bis 1930 vgl. die Studie von Schlich 1998a.

5 | Zur weltweiten Geschichte der Organtransplantation vgl. Hamilton 2012 sowie Schlich 1998b.

6 | Vgl. Largiadèr 2010, S. 77.

7 | 1983 wurde in der Schweiz die erste Leber transplantiert, 1984 die erste Bauchspeicheldrüse. Ab 1985 wurden die Herzübertragungen nach fünfzehnjähriger Pause wieder aufgenommen. 1987 erfolgte die erste kombinierte Herz-Lungen-Transplantation. Lungen alleine wurden erst ab 1992 verpflanzt.

8 | Vgl. Schlich 1998b, S. 44 sowie Largiadèr 2010, S. 121, 164, 206f., 222f.

9 | Vgl. folgende Statistiken: Transplantation rénal en suisse 1964-1994, Swisstransplant-Archiv sowie Transplantation d'organes en suisse de 1982 à 2002, Swisstransplant-Archiv.

10 | Hans Rudolf Sahli, FMH-Zentralpräsident, zit. in: »Die medizinische Phase des Ersatzteils ist angebrochen«, in: Krankenpflege, Juli 1990, S. 24.

11 | Vgl. Tanner 2005, S. 44 sowie Waldby/Mitchell 2006, S. 179f.

12 | Hans Rudolf Sahli, FMH-Zentralpräsident, zit. in: »Die medizinische Phase des Ersatzteils ist angebrochen«, in: Krankenpflege, Juli 1990, S. 24.

13 | Der Zürcher Transplantationschirurg Felix Largiadèr im Interview, »Nierenverpflanzungen sind reine Routine geworden«, in: Zürichsee-Zeitung, 4.11.1988.
14 | Verschiedentlich wurden Organe explizit als »wertvoll« bezeichnet. Vgl. Lichtenhahn u.a. 1992, S. 626 sowie »Eine Transplantation ist die letzte aller Möglichkeiten«, in: Der Bund, 31.8.1988.
15 | Chirurgen brauchen Nieren, in: Basler Zeitung, 5.12.1989.
16 | Zu arm, um mit zwei Nieren leben zu dürfen, in: Basler Zeitung, 21.12.1989.
17 | Ein Herz wie ein ausgelaugter Waschlappen, in: Tages-Anzeiger, 19.6.1998.
18 | Es hat sich im Reden über die Organtransplantation etabliert, den Terminus der Organspende gleichsam als Überbegriff für den gesamten Prozess der Organbeschaffung zu verwenden. Dementsprechend wird diejenige Person, der das Organ entnommen wird, als Spender bezeichnet – unabhängig davon, ob die Entnahme des Organs aus einem freiwilligen Spende-Akt resultierte. Die Person, der das Organ implantiert wird, wird Empfänger genannt. – Der Begriff der Spende ist als forschungsleitende Kategorie problematisch, nicht nur wegen seiner Undeutlichkeit, sondern auch, weil er bereits eine bestimmte Interpretation des Prozesses der Organbeschaffung impliziert. Wie ich gezeigt habe, wurde der Begriff deshalb bereits anlässlich der ersten Herztransplantation in der Schweiz 1969 hinterfragt. Trotzdem habe ich mich dafür entschieden, den Begriff zu benutzen – als Quellenbegriff, der den eigentlichen Akt der Spende ebenso wie den Prozess der Transformation eines menschlichen Körpers bzw. seiner Teile in medizinische Ressourcen im Allgemeinen bezeichnet. Ebenso spreche ich von Spendern und Empfängern, und bezeichne damit die entsprechenden Rollen in diesem Prozess. Auf die semantische Bedeutung des Spende-Begriffes werde ich im vierten Kapitel eingehen.
19 | Vgl. Schlich 1998a, S. 201ff.
20 | Von lebenden Spendern können nur Organe entnommen werden, die für den Organismus nicht lebensnotwendig sind – was bei der doppelt angelegten Niere der Fall ist. Bei der Leber-Lebendspende wird nur ein Teil der Leber explantiert und verpflanzt. Dank ihrer hohen Regenerationsfähigkeit bildet sich die Lebermasse innerhalb kurzer Zeit nach und erreicht fast die Ausgangsmasse des Gesamtorgans. Die erste Lebendspende einer Leber in der Schweiz fand 1999 in Genf statt (vgl. Thiel 2011, S. 5).
21 | Gab es zu Beginn der 1980er Jahre jährlich noch rund drei Lebendspenden in der Schweiz, so stieg ihre Zahl von zwölf im Jahr 1990 auf 80 im Jahr 2000 an; 2002 übertrafen sie erstmals die postmortalen Spenden. Mehr als ein Drittel aller Nierentransplantationen beruhten zu diesem Zeitpunkt auf Lebendspenden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei einer Lebendspende immer nur ein Organ, bei einer postmortalen Spende aber mehrere Organe entnommen werden können. Zu den Zahlen vgl. Transplantation rénale en suisse, 1964-1994, Swisstransplant-Archiv; Transplantation d'organes en suisse de 1982 à 2002, Swisstransplant-Archiv sowie Swisstransplant Jahresbericht 2005, S. 19.
22 | Ab den 1990er Jahren wurden als Maßnahme gegen den zunehmenden Organmangel wieder vermehrt herztote Spender genutzt – auch in der Schweiz. Von solchen

sogenannten »Non Heart Beating Donors« hatte das in diesem Bereich führende Universitätsspital Zürich bis 1995 laut einer Studie in 45 Fällen Nieren entnommen (vgl. Schlumpf u.a. 1995). Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ergänzte daraufhin ihre Richtlinien zur Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen von 1996 mit Kriterien für den Herztod (vgl. SAMW, Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, in: SÄZ, 30.10.1996, S. 1774-1781).

23 | Zur Geschichte des Hirntods vgl. Schlich/Wiesemann 2001 sowie Lindemann 2002 und 2003.

24 | Es handelt sich hierbei um einen semiotischen, bedeutungsorientierten und konstruktivistischen Kulturbegriff, wie er in der angelsächsischen Kulturanthropologie entwickelt wurde und vielen aktuellen kulturwissenschaftlichen Studien zugrunde liegt. Er ist abzugrenzen von einem klassisch normativen Kulturbegriff, der zwischen einer Hoch- und Populärkultur unterscheidet, sowie von einem holistischen oder totalitären Kulturbegriff, der Kulturen als homogene Gemeinschaften konzipiert. Vgl. Nünning 2005, S. 112ff.; Nünning/Nünning 2003, S. 6ff. sowie Krois 2004.

25 | Vgl. Sarasin 2003a, S. 31ff. sowie Landwehr 2009, S. 47ff.

26 | Ich stütze mich in erster Linie auf »Archäologie des Wissens« von 1969 sowie auf »Die Ordnung des Diskurses« und den Aufsatz »Nietzsche, die Genealogie, die Historie« aus dem Jahr 1971.

27 | Vgl. Foucault 1981, Kapitel II sowie Foucault 2001a, S. 9.

28 | Vgl. Foucault 2001a, S. 11.

29 | Vgl. Foucault 2001a, S. 25.

30 | Der Diskurs, so hat Foucault erklärt, sei »durch die Differenz zwischen dem konstituiert, was man in einer Epoche korrekt (gemäß den Regel der Grammatik und der Logik) sagen konnte, und dem, was tatsächlich gesagt wurde. Das diskursive Feld ist, zu einem bestimmten Zeitpunkt, das Gesetz dieser Differenz.« Foucault 2001b, S. 874.

31 | Foucault 2001a, S. 11.

32 | Foucault 2002, S. 177.

33 | Vgl. Sarasin 2005, S. 114ff.

34 | Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass, wenn ich in dieser Arbeit von »Deuten« oder »Interpretieren« spreche, ich explizit nicht ein interpretatives Verstehen im Sinne der philosophischen Hermeneutik meine, das einen »verborgenen Sinn« eines Textes entschlüsseln will. Unter »Deuten« verstehe ich vielmehr die Formierung, Aneignung und Umformung von diskursiven Regeln und Mustern, bei der Bedeutung entsteht. Ich lehne mich dabei an eine Aussage von Michel Foucault an: »Wenn aber Deuten heisst, sich mit Gewalt und List eines Regelsystems zu bemächtigen, das in sich keine Wesensbedeutung trägt, und es in den Dienst eines neuen Willens zu stellen, in ein anderes Spiel einzubringen und es anderen Regeln zu unterwerfen, dann ist das Werden der Menschheit eine Abfolge von Deutungen« (Foucault 2002, S. 178).

35 | Vgl. Sarasin 2003a, S. 38 u. 41ff.

36 | Zur Kategorie des Realen vgl. Evans 2002, S. 250ff.; Žižek 2008, S. 85ff.; Sarasin 2003a, S. 50ff. sowie Sarasin 2003c.
37 | Zum Begriff des Phantasmas vgl. Evans 2002, S. 228ff.; Sarasin 2001, S. 453f. sowie Žižek 1997.
38 | Vgl. Schlich 1996.
39 | Vgl. dazu Tanner 2005, S. 59.
40 | Foucault bestimmt das Dispositiv als »heterogene Gesamtheit, bestehend aus Diskursen, Institutionen, architektonischen Einrichtungen, reglementierenden Entscheidungen, Gesetzen, administrativen Maßnahmen, wissenschaftlichen Aussagen, philosophischen, moralischen und philanthropischen Lehrsätzen, kurz Gesagtes ebenso wie Ungesagtes, das sind die Elemente des Dispositivs. Das Dispositiv selbst ist das Netz, das man zwischen diesen Elementen herstellen kann.« Foucault 2003a, S. 392.
41 | Zur Bedeutung des Dispositiv-Begriffs in Foucaults Werk vgl. Landwehr 2009, S. 76ff.; Ruoff 2007, S. 101f. sowie Sarasin 2007b, S. 215.
42 | Vgl. Sarasin 2005, S. 121 sowie Sarasin 2003a, S. 59.
43 | Vgl. z.B. Schlich 1995a, S. 20ff. oder Spirigatis 1997, S. 179.
44 | Vgl. etwa Bourdieu 1987; Bourdieu 1992 sowie Bourdieu 1998.
45 | Vgl. dazu Swartz 1997, Kapitel 4.
46 | Zu Quellenproblemen in der Zeitgeschichte der Medizin vgl. Schlich 2007, S. 172.
47 | Die bei Swisstransplant und SAMW aufbewahrten Dokumente sind zudem nicht archivarisch erschlossen, geordnet und katalogisiert. Die Dokumente werden in dieser Arbeit deshalb als einzelne Quellen verzeichnet – mit einem Hinweis auf die jeweilige Institution (Swisstransplant-Archiv oder SAMW-Archiv). Vgl. das Quellenverzeichnis im Anhang.
48 | Vgl. zu Mediengattungen aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive Schmidt/Weischenberg 1994; aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive Sarasin 2003a, S. 38ff.
49 | Zu den modernen Legenden vgl. die Ausführungen im Kapitel 5.2.
50 | Das kommunikationstheoretische Konzept der Medialisierung bezeichnet die Veränderung der gesellschaftlichen Prozesse durch die Bedeutungszunahme der Massenmedien. Es geht davon aus, dass die massenmedialen Inhalte und Funktionsweisen die soziale Wirklichkeit maßgeblich bestimmen. Von den zahlreichen Publikationen zur Medialisierung vgl. aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive Bösch/Frei 2006 sowie aus medienwissenschaftlicher Perspektive Imhof 2006. Zur Medialisierung der Wissenschaft vgl. Weingart 2003, S. 113ff. sowie Schäfer 2008. Zur Medialisierung der Medizin vgl. Romano 2008.
51 | Die Populärkultur wird in dieser Sichtweise weder als harmloses, oberflächliches Massenvergnügen noch als ideologisches Konstrukt verstanden, das eine vorgegebene Bedeutung einem willenlosen, passiven Konsumenten vermittelt, sondern als komplexer Aushandlungsprozess, als gesellschaftliche Kampfzone, als Ort der Auseinandersetzungen um Deutungsmacht, Bedeutung und kulturelle Identität, die in diesem Kampf erst produziert werden. Derart bietet die Populärkultur auch eine Ausdrucksmöglichkeit

für Widerstand und Subversion. Vgl. zusammenfassend Friese 2004, vor allem S. 479, sowie Nünning 2004, S. 535.

52 | Vgl. Schlich 1998a, S. 15.

53 | Vgl. Schlich 1995a, 1996, 1998a; Bergmann 2000, 2004, 2005; Moulin 1995; Groebner 2005, 2007, 2008, 2010, 2011.

54 | Vgl. Bellanger 2006; Bellanger/Steinbrecher 2002a, 2002b, 2004, 2005, 2006; Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002; Bellanger/Steinbrecher/Tröhler 2004; Obrecht 1996, 2001, 2003a, 2003b. Yvonne Eckert hat zudem eine Lizentiatsarbeit zur ersten Herztransplantation von 1969 in Zürich verfasst (vgl. Eckert 2003).

55 | Vgl. unter anderem Feuerstein 1995; Joralemon 1995; Joerges 1996; Junge 2001; Hauser-Schäublin u.a. 2001; Manzei 2002; Kalitzkus 2003a, 2009; Scheper-Hughes 2009; Sharp 2006; Motakef 2011.

56 | Renée C. Fox und Judith P. Swazey zeigten in ihrer medizinsoziologischen und wissenschaftshistorischen Pionier-Studie von 1974 die kulturelle Bedeutsamkeit der Organtransplantation auf. Sie stellten dar, wie diese medizinische Praxis neue soziale Beziehungen (vor allem zwischen Spender und Empfänger), Körperverständnisse und Identitäten generierte. Vgl. Fox/Swazey 1974. Vgl. auch das Nachfolgewerk Fox/Swazey 1992 sowie Youngner/Fox/O'Connell 1996.

57 | Vgl. für ethische Auseinandersetzungen mit der Organtransplantation aus dem deutschsprachigen Raum etwa die frühe und vielbeachtete Intervention des Philosophen Hans Jonas von 1968 (Jonas 1987) sowie zusammenfassend für neuere biomedizinische Positionen Ach/Anderheiden/Quante 2000 sowie Münk 2002.

58 | Eine kritische Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen und politischen Rolle der Bioethik findet sich bei Gehring 2006, S. 110ff., sowie Gehring 2012.

59 | Oft handelt es sich dabei um autobiographisch gefärbte historische Rückblicke. Als neueres Beispiel für die Schweiz vgl. Largiadèr 2010. Ältere prominente Beispiele sind Moore 1964; Starzl 1992 sowie Barnard 1994. Weitere Beispiele finden sich bei Schlich 1995b.

60 | Largiadèr 2010, S. 15. Der Gedanke, ein unheilbar krankes Organ durch ein gesundes zu ersetzen, so heißt es bereits im Klappentext des Buches, sei so einfach, so klar, so folgerichtig und so faszinierend, dass bereits die Ärzte des Altertums davon träumten.

61 | Zur Kritik an dieser Form der Geschichtsschreibung über die Organtransplantation vgl. Schlich 1995b sowie Schlich 1998a, S. 11ff.

62 | Für eine Kritik an dieser Tendenz vgl. Joerges 1996, S. 10. Joerges nennt als Beispiele die Bücher »Ersatzteillager Mensch« von Andrew Kimbrell (Kimbrell 1994) und »Die Eroberung des Körpers« von Paul Virilio (Virilio 1994).

63 | Fox/Swazey 1992, S. XV u. 197ff. Ähnlich lautete auch das Fazit der Ethnologin Vera Kalitzkus – wohlgemerkt 17 Jahre später: »Alles scheint auf eine Entwicklung hinzudeuten, in der der Körper mehr und mehr als Ressource und Ware verstanden wird. Die Marktlogik in der Transplantationsmedizin und der gesellschaftliche Druck hin zur pragmatischen Sicht auf das eigene Lebensende nehmen zu.« Kalitzkus 2009, S. 219.

64 | Moulin 1995, S. 79.
65 | Vgl. Bergmann 2004. Ein sehr ähnliches Narrativ entwickelt der französische Soziologe David Le Breton, der in seiner Studie die Entwicklung der Anatomie mit der Transplantationsmedizin verbindet (vgl. Le Breton 1993). Assoziationen der Organtransplantation mit den Verbrechen der Nationalsozialisten, insbesondere mit den oft als Euthanasie bezeichneten eugenisch motivierten Massenmorden, finden sich auch bei anderen AutorInnen (vgl. beispielsweise Feyerabend/Gehring 1996 sowie Scheper-Hughes 2009, S. 15).
66 | Als erfreuliche Ausnahmen zu nennen sind neben den Studien von Thomas Schlich die Arbeiten des Techniksoziologen Günter Feuerstein. Vgl. Feuerstein 1995 und 1996.
67 | Unter Medikalisierung wird die Ausweitung und Intensivierung medizinischer Macht in der Gesamtgesellschaft bzw. die zunehmende Durchdringung der Wahrnehmung, des Denkens und des Alltagsvollzugs durch medizinische Kategorien und Normen verstanden. Das Konzept der Medikalisierung ist in der jüngeren Medizingeschichte ebenso einflussreich wie umstritten. Vgl. Stolberg 1998 sowie Eckart/Jütte 2007, S. 312.
68 | Lemke/Wehling 2009, S. 88. Vgl. auch Spirgatis 1997, S. 175 sowie Feuerstein 1996, S. 119.
69 | Vgl. Kalitzkus 2009, S. 83 u. 223; Manzei 2003, S. 211 u. 220 sowie Wellendorf 1993, S. 37. Baureithel und Bergmann sprechen von einem »Zwang zum Selbstzwang« (Baureithel/Bergmann 1999, S. 233); Junge spricht von einem »sanftem Zwang« (Junge 2001, S. 192).
70 | Junge 2001, S. 218.
71 | Junge 2001, S. 220.
72 | Junge 2001, S. 219.
73 | Vgl. Junge 2001, S. 169ff. Ähnlich wie Junge analysiert Mona Motakef den Diskurs des Organmangels als Ort biopolitischen Regierens, in dem die Individuen als veräußernde und gebende Subjekte angesprochen würden. Sie stellt zwar einerseits die Freiwilligkeit der postmortalen Organspende in Frage, weist andererseits aber auch darauf hin, dass die diskursive Anrufung der Individuen als OrganspenderInnen häufig scheitert (vgl. Motakef 2011, S. 35, 190 u. 211).
74 | Im Zuge des gesellschaftlichen Wandels ab den 1960er Jahren, der mit einem Bedeutungszuwachs der Massenmedien und gestiegenen demokratischen Partizipationsansprüchen einhergegangen sei, so eine häufige These, habe sich auch die soziale Position der Medizin gewandelt: Die Wissensunterschiede zwischen Ärzten und Laien hätten sich verringert, die Deutungsmacht der medizinischen Experten sei relativiert und zunehmend erfolgreich von nicht spezialisierten Akteuren eingefordert worden. Die Bewunderung, das Vertrauen und die »Heldenverehrung« der Ärzte sei vermehrt in Skepsis und Kritik umgeschlagen und habe einem »Unbehagen an der Medizin« Platz gemacht. Diese These findet sich in verschiedenen medizinhistorischen Studien. Vgl. etwa Maio 2005; Borck 1996, S. 9ff. u. 17ff.; Seidler 2000, S. 264 sowie Shorter 1993, S. 792ff. Zur Medialisierung der Wissenschaften und der Medizin und ihren Effekten vgl. Romano 2008; Schäfer 2008, S. 208; Weisker 2003, S. 418ff. sowie Weingart 2003, S. 116ff.

75 | Zu dieser Vorstellung vgl. Frow 1997, S. 148ff.; Gehring 2006, S. 34ff.; Herrmann 2006; Fach/Pates 2006 sowie Sarasin 2007.
76 | Vgl. Sharp 2000.
77 | Vgl. Scheper-Hughes 2009, S. 15.
78 | Es gebe keine pure Form des Geschenks und keine pure Formen von Geschenk-Ökonomie und Waren-Ökonomie, konstatiert etwa John Frow. Sie seien immer verflochten in hybriden Konfigurationen; Geschenk und Ware würden sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern hätten bestimmte Formen von Kalkulierung, Strategie und Motivation gemeinsam. Vgl. Frow 1997, S. 124. Zur sogenannten »gift vs. commodity«-Debatte in den Sozialwissenschaften vgl. Rus 2008.
79 | Vgl. Waldby/Mitchell 2006, S. 9ff. Waldby hat den Begriff des Biowerts (»biovalue«) eingeführt. Er steht für den Wert von Körperteilen und Geweben Toter für die Gesundheit und Lebenskraft von Lebenden. In einem weiteren Sinne wird Biowert überall dort generiert, wo das menschliche Leben, die menschlichen Lebensprozesse selber gewinnbringend für menschliche Projekte genutzt werden (vgl. Waldby 2000, S. 33 sowie Rose 2007, S. 32). Menschliche Organe besitzen einen Biowert, der sie zu wertvollen medizinischen Gütern macht. Organe unterscheiden sich aber von anderen menschlichen Gewebe-Produkten, die nach der Entnahme technisch verbessert oder patentiert werden, und dadurch eine Kommodifizierung erfahren. Bei den Organen ist es alleine ihr Lebendigsein, in dem ihr Biowert, ihre Produktivität besteht (vgl. Waldby/Mitchell 2006, S. 21ff.). Systeme, die den Biowert, die Produktivität von Körperteilen für das Leben und die Gesundheit anderer maximieren, bezeichnen Waldby/Mitchell als Gewebe-Ökonomien (vgl. Waldby/Mitchell 2006, S. 31f.).
80 | Vgl. Kalitzkus 2003b, S. 43ff.; Kalitzkus 2009, S. 30ff. sowie Hauser-Schäublin u.a. 2001, S. 78ff. u. 133ff.
81 | »Wir sind der Ansicht, dass das ›Zuhausesein‹ im Leib, die Leiblichkeit des Subjekts, des fühlenden und denkenden Menschen, und die objektivierbare Welt der Naturwissenschaften, die einen Umgang mit Körpern (und nicht mit Leibern!) möglich machen, das Dilemma ist, in welchem sich Menschen befinden, die mit Humantechnologie direkt zu tun haben.« Hauser-Schäublin u.a. 2001, S. 136f.
82 | Vgl. Kalitzkus 2003a, S. 108; Kalitzkus 2009, S. 27ff. u. 131f.; Hauser-Schäublin u.a. 2001, S. 155ff.
83 | Motakef 2011, S. 66.
84 | Vgl. zur Kritik an der Unterscheidung von Leib und Körper Sarasin 2003b, S. 106ff. Vgl. auch Tanner 1994, S. 500.
85 | Diese Gedanken beruhen auf Borck 1996, S. 30f.
86 | Vgl. zur Bedeutung des Realen des Körpers in der Geschichtswissenschaft Tanner 1994, S. 498ff. sowie Sarasin 2003b, S. 117ff.
87 | Die Allotransplantation bezeichnet die Übertragung von Gewebe eines genetisch nicht-identischen Spenders derselben Art. Die Xenotransplantation, die Übertragung tierischer Organe, sowie die alloplastische Transplantation, die Implantation künstlicher Organe, spielen in dieser Arbeit nur ganz am Rande eine Rolle.

88 | Weitere innere Organe oder Organteile, etwa der Dünndarm, wurden im untersuchten Zeitraum nur in Einzelfällen transplantiert. Eine Ausnahme bilden die Langerhalsschen Inseln, eine Zellenansammlung in der Bauchspeicheldrüse, die in der Schweiz seit Mitte der 1990er Jahre zum Teil anstelle der Bauchspeicheldrüse transplantiert wurden.

89 | Departement für Chirurgie der Universität Basel, Kantonsspital, Jahresbericht 1974, S. 67.

90 | Für die statistischen Daten vgl. www.irodat.org [25.6.2015] sowie Nett u.a. 2003, S. 559.

91 | Für 2002 vgl. Nett u.a. 2003, S. 561. Für spätere Jahre vgl. www.irodat.org [25.6.2015].

92 | Um ein eigenständiges System handelte es sich bei der Schweizer Transplantationsmedizin insofern, als dass sich seit 1969 die sechs transplantierenden Schweizer Spitäler in Basel, Bern, Genf, Lausanne, St. Gallen und Zürich organisierten, um die Technik der Organtransplantation zu vereinheitlichen und vor allem den Organaustausch zu koordinieren. Der 1969 gegründeten »Arbeitsgemeinschaft für Transplantationschirurgie« gehörten für einige Jahre auch die Spitäler in München und Freiburg i.Br. an. Etwa zur gleichen Zeit entstanden mit der »Schweizerischen Nephrologischen Kommission für Nierentransplantationen« und der »Schweizerischen Arbeitsgruppe für Histokompatibilität« weitere gesamtschweizerische Zusammenschlüsse. Ab 1985 wurde die Zusammenarbeit unter dem Dach der Stiftung Swisstransplant zusammengefasst und intensiviert. Ein Anschluss an Eurotransplant, eine internationale Organvermittlungs-Organisation, die neben Deutschland auch die Benelux-Staaten und Österreich umfasste (seit 1999 auch Slowenien und seit 2007 Kroatien), wurde zu verschiedenen Zeitpunkten diskutiert, aber stets verworfen. Vgl. Arbeitsgemeinschaft für Transplantationschirurgie, in: SÄZ, 5.11.1969, S. 1186; Universitätsspital Zürich, Jahresbericht 1969, S. 23f.; Swisstransplant, in: SÄZ, 26.2.1986, S. 297 sowie Largiadèr 2010, S. 85ff. u. 247ff. Das Selbstverständnis einer eigenständigen Schweizer Transplantationsmedizin zeigt sich in folgenden Ausführungen des Schweizer Transplantationschirurgen Gilbert Thiel, der 1999 von einem »Schweizer Extrazügli« sprach und den Anschluss an Eurotransplant mit dem Beitritt zur Europäischen Union verglich: »Die Diskussion für oder gegen einen Anschluss von Swisstransplant an Eurotransplant erinnert an die politische Debatte um den Anschluss der Schweiz an die Europäische Union. Die Teilaufgabe der Autonomie, der Anschluss an eine große zentrale Organisation mit deren Mängeln, der fehlende Schutz für eigene, wohlbehütete Institutionen, die trotz oder wegen ihrer Kleinheit tadellos funktionieren, stehen auf der einen Seite – auf der anderen Seite sind da die unbestrittenen Vorteile eines Anschlusses und das schwindende Selbstbewusstsein, weiterhin ein ›Extrazügli‹ betreiben zu wollen, selbst wenn es sehr gut fährt.« G. Thiel, Beitritt der Schweiz zu Eurotransplant: die Contra-Position, Basel o. D., Archiv des Kantonsspitals St. Gallen, S. 5.

3. Das medizinische Dispositiv der Organspende

3.1 Ärztliche Selbstverortung: Die SAMW-Kommission für die Transplantation (1969-1973)

Im Zuge des Medienereignisses um die erste Herzverpflanzung in Zürich wurde die Organentnahme als Problem konstituiert, das nicht nur die Ärzte, sondern die ganze Gesellschaft betraf. Im Vordergrund stand dabei die Frage nach dem eigentumsrechtlichen Status der Organe: »Darf einem Toten einfach das Herz herausgenommen werden und einem anderen eingesetzt werden, ohne zumindest die Einwilligung der Verwandten einzuholen? Überall auf der Welt und jetzt auch in der Schweiz erheben sich Stimmen, die ein einheitliches Gesetz für Organübertragungen fordern«, stellte *Blick* im Sommer 1969 fest.[1] Das Postulat einer klaren und einheitlichen rechtlichen Regelung der Organentnahme war in der medialen Debatte um den Zürcher »Herzraub« weit verbreitet.[2] Die Sorge um die unbefriedigende gesetzliche Grundlage der Organentnahmen wurde von der Politik schnell aufgenommen. Vorstöße im nationalen Parlament[3] und in mehreren kantonalen Räten forderten die Regierung auf, die gesetzliche Regelung der Organentnahme zu überprüfen.[4]Und bald schon hatte sich auch das Bundesgericht mit dieser auseinanderzusetzen: Zur Zivilklage wegen Verletzung der Persönlichkeitsrechte des Zürcher Organspenders kam wenig später eine staatsrechtliche Beschwerde gegen die am 25. März 1971 erlassene Zürcher Verordnung über die kantonalen Krankenhäuser hinzu. Diese schrieb die bis anhin in Zürich praktizierte Widerspruchsregelung fest, nach der eine Organentnahme erlaubt ist, solange der Verstorbene nicht zu Lebzeiten Einspruch erhoben hat und auch die Angehörigen nicht von sich aus Einspruch erheben.[5]

Angesichts dieser Entwicklungen beschloss die SAMW[6] Ende 1969, die Tätigkeit der »Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation« zu verlängern, die sie bereits im Sommer 1968 – im Rahmen der Debatten über die ersten Herztransplantationen – eingesetzt hatte. Die Kommission umfass-

te die wichtigsten Vertreter der Transplantationsmedizin sowie weitere renommierte Deutschschweizer Ärzte. Sie hatte sich in erster Linie mit der Todesdefinition beschäftigt[7] – mit dem Ziel, durch die Ausarbeitung einer eindeutigen Definition des Hirntodes der konstitutiven, aber strittigen Voraussetzung für Organentnahmen bei Toten zu Transplantationszwecken eine solide wissenschaftliche Basis zu geben. Über die Schaffung von verbindlichen Handlungs-Regeln für Ärzte hinaus ging es darum, mit einem klaren medizinischen Standpunkt der öffentlichen Unsicherheit entgegenzuwirken.[8] Im Januar 1969 wurden die »Richtlinien für die Definition und Diagnose des Todes« verabschiedet.[9] »Sie sind zur richtigen Zeit herausgekommen und konnten klärend wirken«, bilanzierte der Vorsitzende, nachdem die Kommission ihre Arbeit unter veränderten Voraussetzungen Ende 1969 wieder aufgenommen hatte.[10]

Die Kommission, die bis 1973 tagte, berücksichtigte in der Folge zwar alle juristischen Aspekte der Transplantation, konzentrierte sich aber in erster Linie auf die Regelung der Transplantatentnahmen bei Verstorbenen – das »einzige Problem, das kontrovers und von anerkannter Aktualität ist.«[11] Im Zentrum stand im Anschluss an den Skandal um den ersten Schweizer Herzspender die »Kernfrage« der Einwilligung,[12] also die Frage, wer über den toten Körper und dessen Organe verfügen darf. Noch 1968 hatten Kommissionsmitglieder davon abgeraten, das Thema der Einwilligung für Organentnahmen an die Öffentlichkeit zu bringen, da eine Diskussion dieses Problems »unserer Sache« mehr schaden als nützen würde.[13] Nun war diese Diskussion bereits unaufhaltsam im Gange und beschäftigte auch Politik und Justiz. »Die Frage ist brennend aktuell«, stellte der Präsident der SAMW, Andreas Werthemann, zusammenfassend fest.[14]

Im Folgenden werde ich die Kommissionsprotokolle und die zugehörige Korrespondenz, die ich im Archiv der SAMW einsehen konnte,[15] analysieren. Sie erlauben es mir, zu rekonstruieren, wie Ärzte unter Ausschluss der Öffentlichkeit, gleichsam in einem geschützten Rahmen, das Problem der Organspende vor dem Hintergrund der laufenden medialen, politischen und juristischen Debatten diskutierten. Die Protokolle geben auch Auskunft darüber, wie sich die Mediziner gegenüber anderen gesellschaftlichen Akteuren verorteten.

Zunächst werde ich die Ziele und die Bedeutung der Kommission erörtern. Danach werde ich die unterschiedlichen Positionen und Lager innerhalb der Kommission vorstellen, um anschließend die jeweiligen Argumentationen für bzw. gegen eine obligatorische Befragung der Angehörigen zu analysieren. Schließlich werde ich aufzeigen, in welchen grundlegenden Punkten die Mediziner trotz Meinungsverschiedenheiten übereinstimmten. Dabei werde ich auch auf die Bedeutung der Bundesgerichtsurteile von 1972 und 1975 eingehen.

Selbstverortung und »Grenzarbeit«

Laut dem SAMW-Präsidenten bestand die Aufgabe der Kommission darin, Regelungen zu finden, die juristisch in Ordnung sind, ohne sich – und dies ist ein nicht unbedeutender Zusatz – auf die Leistungen der Transplantation hemmend auszuwirken. Das Ziel oder zumindest die große Hoffnung war, dass die Richtlinien »sowohl für den Bund als auch für die kantonalen Regierungen Grundlagen zu einheitlichen Regelungen bilden werden«.[16]

In ihrem Aufsatz aus medizin- und rechtshistorischer Perspektive sehen Dominique Sprumont und Guillaume Roduit in den von der SAMW seit Ende der 1960er Jahren mit erheblichem Aufwand erarbeiteten Richtlinien einen Ausdruck von Misstrauen der Mediziner gegenüber rechtlichen Regelungen, die ihnen von Nicht-Medizinern aufgezwungen werden. Die Stärkung der eigenen standesrechtlichen Regelungen sollte vor der Einmischung durch den Gesetzgeber in die eigene Berufspraxis schützen.[17] Wie das Beispiel der »Richtlinien für die Definition und Diagnose des Todes« zeigt, die durch Verweise in kantonalen Gesetzen und Bundesgerichtsurteilen vom Gesetzgeber als verbindlich erklärt wurden, erlangten einige Richtlinien tatsächlich eine rechtliche Kraft, die über ihren Status als private und nicht demokratisch legitimierte Äußerung einer Berufsorganisation weit hinausging.[18] Auch die Beschäftigung der SAMW mit der Regelung der Organentnahme ist in diesem Sinne zu deuten: Mit der frühzeitigen Formulierung eigener Richtlinien sollte die Gesetzgebung, wenn nicht vorweggenommen, so doch beeinflusst und damit die Gefahr einer gesetzlichen Einschränkung der Organbeschaffung reduziert werden.

Im Anschluss an die Lesart von Sprumont und Roduit kann die Kommission auch als Ort verstanden werden, in dem die Ärzte ihr erschüttertes professionelles Selbstverständnis verhandelten, um es zu sichern und neu zu bestimmen.[19] Diese Selbstverortung kann in einer diskursanalytischen Perspektive als Versuch gefasst werden, die Kontrolle über die Produktion des Diskurses wiederzugewinnen, die ihnen in der Debatte um das »gestohlene Herz« entglitten war. Foucault hat die Prozeduren zur Kontrolle und Unterwerfung des Diskurses beschrieben, die nicht nur regeln, *was* gesagt werden kann, sondern auch *wer* sprechen darf. Laut Foucault war auch das institutionelle System der Medizin ein System zur Unterwerfung des Diskurses, das den sprechenden Individuen Regeln auferlegt und so verhindert, dass alle Zugang zu den medizinischen Diskursen haben.[20] In diesem Sinne lässt sich auch die ärztliche Selbstverortung in der SAMW-Kommission verstehen: Sie verhandelte sowohl die Regeln des Diskurses über die Organspende als auch die Bedingungen für die Teilnahme an diesem Diskurs. Sie leistete das, was der Wissenschaftssoziologe Thomas F. Gieryn als *boundary-work* beschrieben hat: den Versuch, mittels diskursiver Praktiken eine rhetorische Grenze zwischen Wissenschaft

und Nicht-Wissenschaft bzw. zwischen unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen zu konstruieren. Die Grenzziehung erfolgt durch die Zuschreibung von exklusiven Eigenschaften.[21] *Boundary-work* wird notwendig, wenn die Autorität und Glaubwürdigkeit von Wissenschaften oder Wissenschaftlern in Frage gestellt wird und neu legitimiert werden muss.[22]

Die »Grenzarbeit« der SAMW-Kommission zeigt sich etwa in der Weise, wie ihre Mitglieder ihr Verhältnis zu anderen Experten und insbesondere zu den Juristen, die zeitweise in der Kommission vertreten waren, bestimmten.[23] In der Auftakt-Sitzung betonte ein Mitglied die Bedeutung einer einheitlichen Stellungnahme durch die Ärzte: »Sie muss absolut klar sein, bevor wir Juristen, Philosophen und Theologen informieren. Eine Diskussion mit Nicht-Medizinern wäre unproduktiv.« Und ein Kollege mahnte an, dass man sich nicht mit Fragen an die Juristen wenden, sondern ihnen sagen sollte, wie man das Problem sehe. Die Aufgabe der Juristen war ihm zufolge klar definiert: »Der Jurist muss unsere Formulierung in seine Sprache übersetzen.«[24] Eine gleichberechtigte Zusammenarbeit war also nicht vorgesehen. Die Funktion der Rechtswissenschaftler sollte sich in den Augen der Ärzte darauf beschränken, die neuesten medizinischen Standards nachträglich rechtlich zu legitimieren. Die Gesetzgebung müsse sich dem jeweiligen medizinischen Fortschritt anpassen und nicht umgekehrt, so der Tenor der Ärzteschaft.[25]

Interne Differenzen

Die ärztliche Selbstverortung wurde dadurch erschwert, dass sich die Formulierung eines gemeinsamen und eindeutigen ärztlichen Standpunkts als mühevoll erwies. Von Beginn an zeigten sich Differenzen in der Kommission, die – wie eine Analyse zeigt – zumindest teilweise mit der jeweiligen sozialen und medizinischen Stellung und dem Alter der Ärzte korrelieren. Kritisch gegenüber einer Entnahme ohne Einwilligung der Angehörigen zeigten sich vor allem Ärzte, die nicht direkt in die Transplantationsmedizin involviert waren und zum Teil einer älteren Ärztegeneration angehörten – etwa Rudolf Nissen und Felix König, die sich vehement für eine obligatorische Befragung der Angehörigen einsetzten.[26]

Gegen ein Befragungs-Obligatorium wehrten sich vor allem diejenigen Ärzte, die direkt an der Transplantationsmedizin beteiligt waren. Jünger als Nissen und König, waren sie es, die als aufstrebende Ärzte die Transplantationsmedizin in der Schweiz institutionalisierten: der Chirurge Ake Senning und sein jüngerer Kollege Felix Largiadèr, Spezialist für Nierentransplantation, vom Universitätsspital Zürich; Florin Enderlin, Gilbert Thiel und Felix Brunner, leitende Ärzte der Abteilung für Organtransplantation am Bürgerspital Basel, unterstützt von ihrem Chefarzt Martin Allgöwer. Sie nahmen als

Spezialisten für sich in Anspruch, mit den Erfordernissen der Transplantationsmedizin am besten vertraut zu sein.

Im überlieferten Quellenmaterial gibt es Hinweise darauf, dass sie die kritische Einmischung von nicht spezialisierten Kollegen bisweilen als wenig qualifiziert missbilligten. So äußerte sich Largiadèr zu einer Stellungnahme von König folgendermaßen: Sie zeuge zwar von der Gewissenhaftigkeit des Verfassers und seinem hohen ärztlichem Verantwortungsbewusstsein. Sie zeige aber auch, dass der Verfasser keinerlei persönlichen Kontakt mit den Alltagsproblemen der Transplantation habe.[27] Und nach einer kontroversen Kommissions-Debatte gab Enderlin dem Wunsch Ausdruck, dass »in diesem Gremium noch mehr Herren vertreten wären, denen die Angelegenheit der Transplantation in den nächsten 20 Jahren obliegen wird«. Die »Grenzarbeit« richtete sich also nicht nur gegen externe Akteure, sondern betraf auch die Ärzteschaft selber. Nur diejenigen Ärzte, die sich beruflich mit der Transplantation befassten, waren gemäß dieser Argumentation autorisiert, am Diskurs teilzunehmen. Die Bedingungen des Zugangs zum Diskurs, die im inner-ärztlichen Kampf um Deutungsmacht verhandelt wurden, standen in Wechselwirkung zu den Aussagen der sprechenden Subjekte: Wer eine obligatorische Befragung der Angehörigen forderte, verstieß in den Augen der Transplantationsärzte gegen die Regeln des Diskurses, und bewies damit gleichzeitig, dass er mit der Praxis der Organtransplantation nicht vertraut war.

Die Nicht-Transplanteure wehrten sich mitunter gegen diese Versuche, sie aus dem Diskurs auszuschließen. Nissen schrieb in einem Brief: Es sei bei der letzten Kommissionssitzung der Einwand gemacht worden, dass Richtlinien in erster Linie von den die Organübertragung ausführenden Chirurgen gebilligt werden müssten. Es sei hier aber ähnlich wie bei der Feststellung des »cerebralen Todes«. So gut wie überall nehme das Transplantationsteam an diesen Entscheidungen nicht teil. »Hier – in der Aufklärung der Angehörigen – haben sich psychologische Probleme aufgetan, die zunächst nicht im Rahmen der chirurgischen Tätigkeit liegen.«[28] Die psychologische Dimension der Organspende, so Nissens Argument, gehe über eine rein medizinisch-chirurgische Logik hinaus, betreffe also nicht nur die Transplantationschirurgen, sondern alle Ärzte. Die Versuche einer Grenzziehung innerhalb der Kommission waren, wie wir sehen werden, nicht erfolgreich; es gelang den Basler und Zürcher Transplantationsärzten nicht, die Regeln des und den Zugang zum Diskurs in ihrem Sinne zu verknappen.

Dabei fiel ins Gewicht, dass selbst die Koalition der Transplantations-Ärzte in der SAMW-Kommission nicht bruchlos war. Während die Transplanteure von Zürich und Basel gemeinsam gegen einen Befragungs-Zwang kämpften, sprachen sich die Transplantationsmediziner des Berner Inselspitals für eine obligatorische Befragung der Angehörigen aus. Dies war zumindest der Eindruck, den der Nephrologe François Reubi, Direktor der Medizinischen Uni-

versitätspoliklinik, vermittelte, der das Inselspital in der Kommission vertrat.[29] Der Verwaltungsrat des Inselspitals unter Vorsitz des Präsidenten Fritz König hatte sich anfangs Juli 1969 von der Praxis der Zürcher Herztransplantation distanziert und betont, Organentnahmen auch weiterhin nur mit Einwilligung des Spenders oder dessen Angehörigen durchzuführen.[30] »Nun könnte man vielleicht denken – nachdem die Schulen von Zürich und Basel zu Wort gekommen sind – Bern stehe mit seinen Gepflogenheiten einzig und allein auf der Welt da«, unterstrich Reubi die isolierte Position des Berner Transplantationsteams, bevor er die Kommission daran erinnerte, dass die Berner Regelung weltweit vielfache Entsprechung finde.[31]

Argumente für die Widerspruchsregelung

Nachdem ich die Positionierungen und die Fraktionsbildung innerhalb der Kommission skizziert habe, werde ich mich der inhaltlichen Argumentation zuwenden, und dabei auch aufzeigen, in welchen wichtigen Fragen sich die Ärzte trotz aller Differenzen einig waren.

Die Zürcher und Basler Transplantations-Ärzte machten sich für eine sogenannte Widerspruchsregelung stark, wie sie in den beiden Städten auch praktiziert wurde. Eine Zustimmungsregelung, die eine Entnahme nur bei einer expliziten Einwilligung des Spenders oder dessen Angehörigen erlaubt, lehnten sie ab. Zentral war dabei die Befürchtung, dass ein Frage-Zwang sich auf die Organgewinnung hemmend auswirken würde. Senning gab etwa zu Bedenken, dass die Einholung der Einwilligung der Angehörigen aus äußeren Gründen (aus Zeitknappheit oder weil die nächsten Angehörigen nicht bekannt sind) oft nicht möglich wäre, was eine Transplantat-Entnahme verunmöglichen würde.[32] Und Allgöwer bemerkte, dass die Transplanteure heute viel zu wenig Nieren hätten; wenn Organe verloren gingen, würden ebenso viele Empfänger geschädigt. »Das Hauptanliegen ist: Wie kommen wir schnell zu den guten Organen?«[33]

Die Forderung, die Organentnahme im Hinblick auf eine effiziente Organbeschaffung zu regeln, wurde mit der Sorge um das Schicksal der Empfänger begründet: »Sind wir alle einig, dass wir dem Empfänger möglichst rasch helfen wollen, oder sehen wir im Vordergrund unsere weisse Weste? Was ist uns wichtiger? Wir sollten so schnell wie möglich dem Empfänger helfen«, betonte Allgöwer.[34] Er machte ein »tiefes Missverständnis in Bezug auf den Spenderschutz« aus; die Gewichtung der öffentlichen Diskussion neige stark zu einem extremen Schutz des Spenders und zu einem ungenügenden Schutz des Empfängers.[35] Dass die Interessen der Empfänger höher gewichtet werden müssen als diejenigen der Spender, darin war sich übrigens auch die Mehrheit der beigezogenen Juristen einig. Sie sprach dem toten Spender zwar den Persönlichkeitsschutz nicht ab, in einer Güterabwägung trete dieser aber klar

hinter die Interessen des Empfängers zurück, der zu seiner Rettung auf das Organ des toten Spenders angewiesen sei.[36] Allgöwer ging noch einen Schritt weiter: Da der Hirntod irreversibel sei, handle es sich beim Schutz eines hirntoten Spenders in jedem Falle um einen »pseudo-ethischen Schutz«, auf den verzichtet werden müsse. Die Ärzteschaft solle nicht zögern, in dieser Beziehung einen klaren Standpunkt zu vertreten.[37] In dieser Sichtweise vermischen sich naturwissenschaftlich-medizinische, ökonomische und moralische Argumente: Das Organ eines Hirntoten wird als biologische Funktionseinheit des Körpers, als depersonalisierte Sache konstruiert, die als wertvolle, weil rare, medizinische Ressource zur Heilung eines kranken Menschen dienen kann.

Das am häufigsten vorgebrachte Argument, dass die Transplanteure gegen eine obligatorische Befragung der Angehörigen anführten, rekurrierte aber nicht auf Organmangel und Empfängerschutz, sondern problematisierte die Befragung selbst, die aus »menschlichen Gründen« abzulehnen sei. Einerseits wurde dies damit begründet, dass eine Befragung für die Angehörigen eine unzumutbare seelische Belastung darstelle, da sie diese in einer tragischen Verlustsituation mit einer schweren Entscheidung konfrontiere. Die Frage, wer den Entscheid treffen soll, führe unter den Angehörigen erfahrungsgemäß zu Spannungen, und der einmal getroffene Entscheid, ob Zusage oder Ablehnung, könne später zu schweren Gewissenskonflikten bis hin zu psychischen Störungen führen, zumal man gezwungen sei, über das Schicksal eines fremden Menschen mit zu entscheiden.[38] Diese Argumentation stellt die in der Debatte um die erste Schweizer Herztransplantation dominante moralische Wertung gleichsam auf den Kopf: Unmoralisch ist nicht die heimliche Entnahme ohne Befragung der Angehörigen, sondern die Befragung selbst. So ist es möglich, die gängige Praxis nicht nur in Bezug auf den Empfänger, sondern auch in Bezug auf die Angehörigen moralisch zu rechtfertigen.

Andererseits beinhaltet das Argument eine zweite Dimension, die mindestens ebenso wichtig war: Als problematisch wurde nicht nur erachtet, dass die Angehörigen durch die Befragung seelisch belastet würden, sondern dass sie angesichts der traumatischen Situation gar nicht in der Lage seien, »sachlich und rational« zu entscheiden. Man müsse es ablehnen, den Angehörigen eine Entscheidung aufzubürden, der sie gar nicht gewachsen seien. Hingewiesen wurde auch auf das Erscheinungsbild des hirntoten Spenders: Da er noch eine Kreislauftätigkeit aufweise, würden sich die Angehörigen oft noch Hoffnung machen, welche durch beste rationale Aufklärung nicht vollständig zerstört werden könne.[39] Wir haben es hier wiederum mit einer Form der »Grenzarbeit« zu tun. Sie richtet sich gegen die am Organspende-Prozess beteiligten Laien, denen die Urteilsfähigkeit abgesprochen wird. Die Grenze wird hier gezogen, indem die Angehörigen als emotional und subjektiv charakterisiert und dadurch gegenüber den sich als objektiv und sachlich inszenierenden Medizinern disqualifiziert werden. Dabei wird impliziert, dass jeder Widerstand

gegen die Organentnahme aus einer irrationalen und unwissenschaftlichen Überlegungen entspringen muss und deshalb innerhalb des medizinischen Diskurses über die Organspende keinen Platz hat.

Argumente für die Zustimmungsregelung

Die Befürworter einer Zustimmungsregelung sahen im Gegensatz zu ihren Kollegen im Befragen der Angehörigen bis zu einem gewissen Grade eine »ärztlich ethische Grundforderung«, wie König in einem Zeitungsartikel betonte. Die ärztliche Verpflichtung zur Aufklärung und Zustimmung gelte für alle Eingriffe an Patienten, aber auch für die Entnahme von Organen an der Leiche.[40] Reubi sah die Nicht-Befragung als Ausdruck eines nicht mehr zeitgemäßen ärztlichen Paternalismus: Noch vor 30 Jahren sei der Arzt dem Patienten oder den Angehörigen eine Erklärung nicht schuldig gewesen; die Mentalität habe sich heute geändert, und der Paternalismus des Arztes bestehe nicht mehr.[41] Er gab zu bedenken, dass in jeder alten Kultur das Anrecht der Familie auf die Leiche des Verstorbenen verankert gewesen sei; diese Tatsache verlange Berücksichtigung.[42]

Auch dass die Rettung des Empfängers gemäß dem Güterabwägungsprinzip in jedem Fall höher zu gewichten sei als die Persönlichkeitsrechte des Spenders, wurde angezweifelt. Laut König handelt es sich dabei weitgehend um eine Ermessensfrage; die Einwilligung sei in seinen Augen so wichtig, dass alle Einwände hinsichtlich einer Erschwerung einer Transplantation vor dem Primat des Persönlichkeitsrechtes eines Verstorbenen zurücktreten müssten.[43] Und Reubi erinnerte daran, dass bei der Nierentransplantation nie ein medizinischer Notstand gegeben sei, da gewöhnlich keine Lebensgefahr bestehe.[44]

Abgesehen von diesen grundsätzlichen Überlegungen, die einen Verzicht auf die Befragung der Angehörigen an sich als mit einer ärztlichen Ethik unvereinbar problematisieren, zielte das Hauptargument der Gegner einer Widerspruchslösung weniger auf die ärztliche Praxis selber als auf die gesellschaftliche Wahrnehmung dieser Praxis ab: Wenn die Befragung unterlassen werde, so die Hauptsorge, könne in der Bevölkerung ein Misstrauen gegenüber den Ärzten und der Transplantationsmedizin aufkommen.[45] Man dürfe den Arzt nicht in eine verdächtige Situation hineinbringen, und müsse vermeiden, dass er das moralische Prestige verliere. Überall, wo etwas verdeckt werde, bestehe die Gefahr, dass sein Ansehen darunter leide, argumentierte König.[46] »Die Bevölkerung sollte nicht unsicher gemacht werden, und es ist jedenfalls zu vermeiden, Spitäler und Ärzteschaft in zwielichtige Situationen zu bringen.«[47]

In dieser Argumentation manifestiert sich die Angst um das eigene Image, die vor dem Hintergrund des Zürcher Herz-Skandals und der aus ihm resultierenden Strafklage an Bedeutung gewann. Es gelte das Ansehen der Ärzte-

schaft zu wahren und der Zürcher Prozess schade ihm, stellte Wilhelm Löffler, ehemaliger Direktor der Medizinischen Poliklinik in Zürich, fest.[48] Die jüngsten Entwicklungen hatten die große Sensibilität der medialen Öffentlichkeit für die Thematik der Organbeschaffung eindrücklich demonstriert. Sie hatten gezeigt, wie prekär und konfliktanfällig die Schnittstelle von Transplantationsmedizin und der Laienbevölkerung, die als potentielle Organspender dienen soll, ist. Es herrschte deswegen in der Kommission weitgehend Einigkeit darüber, dass die zu erarbeitenden Richtlinien nicht provozierend wirken dürfen und ein Weg gefunden werden müsse, um die Bevölkerung nicht vor den Kopf zu stoßen – wobei umstritten blieb, ob die Befragung oder die Nicht-Befragung der Angehörigen mehr Unruhe stiften würde.[49]

Zumindest einige Mediziner hatten darüber hinaus registriert, wie im Rahmen der moralischen Kritik an der modernen Transplantationsmedizin ältere Bilder und narrative Motive, die von einer unheimlichen und unmenschlichen Medizin handeln, aktualisiert wurden. So erinnerte König bei seiner Warnung vor dem Nichtfragen an die Einschränkung des Persönlichkeitsrechts in den Zeiten des Nationalsozialismus und die »Sensibilisierung in diesen Dingen«.[50] Auch Allgöwer erklärte den verbreiteten Hang zu dem in seinen Augen übertriebenen Spender-Schutz mit der Erinnerung an die »scheußlichen Experimente an den Menschen in den Konzentrationslagern«. Er lehnte es aber ab, diese Erinnerung bei der Reglementierung zu berücksichtigen: »Es wäre einer der entmutigendsten und bedauerlichsten Siege des Totalitarismus, wenn die Mediziner ihren Glauben an die ethische Sendung verlören und damit auch ihren gesunden Menschenverstand und das richtige Einschätzungsvermögen in einer Situation, die man klar mit cerebralem Tod definieren kann.« Allein vernünftige, also medizinisch-wissenschaftliche Gesichtspunkte dürfen nach Allgöwer eine Rolle spielen, nicht aber irrationale gesellschaftliche Befindlichkeiten.

In diesem Punkt waren einige seiner Kollegen anderer Meinung. Sie waren zur Einsicht gelangt, dass im Hinblick auf eine erfolgreiche Organbeschaffung nicht nur medizinisch-wissenschaftliche Aspekte berücksichtigt werden müssen. »Heute [...] dürfen wir die öffentliche Meinung nicht brüskieren, da wir auf das Vertrauen der Patienten angewiesen sind«, erklärte Reubi.[51] Einerseits stand »das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient als wichtige Grundlage ärztlicher Tätigkeit«[52] im Allgemeinen auf dem Spiel, andererseits wuchs das Bewusstsein dafür, dass die Transplantationsmedizin im Speziellen auf das Vertrauen der Bevölkerung angewiesen ist, da sie durch deren Bereitschaft zur Organspende erst ermöglich wird. Man würde die Bevölkerung vor den Kopf stoßen, wenn man die obligatorische Aufklärung der Angehörigen ablehne, argumentierte etwa König. Er sei fest davon überzeugt, dass man der Sache durch diese den besseren Dienst leisten würde.[53]

In derselben Logik begründete das Inselspital Bern im Sommer 1969 gegenüber der Öffentlichkeit die Zustimmungsregelung: »Bei einer anderen Regelung könnte das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient leiden, und der angerichtete Schaden wäre wohl grösser als die Vorteile, die eine auch gegen den Willen der Angehörigen des Verstorbenen durchgeführte Organtransplantation bietet.«[54] Das Krankenhaus ging davon aus, dass sich eine strengere Entnahme-Regelung zumindest längerfristig positiv auf die Organbeschaffung auswirkt – eine Sichtweise, die in den 1990er Jahren wieder an Gewicht gewinnen wird. Das Hauptargument gegen eine heimliche Entnahme entpuppt sich also als strategisches bzw. instrumentelles: In Frage gestellt wird nicht die eigentliche Legitimität der Organentnahme, sondern die sozialpsychologischen Konsequenzen. Dabei anerkannten die Ärzte implizit, dass ihnen die Kontrolle über den Diskurs, das Deutungsmonopol über die Organspende – zumindest bis zu einem gewissen Grad – bereits entglitten war.

Gemeinsame Grundsätze

Trotz aller Differenzen hinsichtlich einer Entnahme-Regelung gab es Grundsätze, die alle Ärzte in der Kommission – explizit oder implizit – teilten. Erstens war es unbestritten, dass möglichst viele Organe beschafft werden sollen, dass eine Organentnahme an einem Hirntoten medizinisch wie moralisch grundsätzlich absolut legitim ist und es wünschenswert wäre, die Organspende als Selbstverständlichkeit zu etablieren. König sah es etwa als »Notwendigkeit und Pflicht«, dass sich alle in gesunden Tagen mit den Angehörigen über die Frage einer Organentnahme aussprechen. »Wir spenden Blut für unsere Mitmenschen, die jüngere und mittlere Generation müsste mit gleichem Einsatz bereit sein im Todesfall ein Organ zu spenden.«[55]

Einig war man sich zweitens darüber, dass Skepsis, Kritik und Ablehnung gegenüber der Organentnahme aus Unwissen, aus emotional geprägten und irrationalen Vorstellungen, resultieren, wofür mitunter die Medienberichterstattung verantwortlich gemacht wurde.[56] So konstatierte Nissen: »Ganz eindeutig weisen die Äusserungen von Laien (Journalistiken, Leserbriefe an die Zeitungsredaktionen jeder Färbung) eine stark emotionell begründete Ablehnung auf.«[57] Nissen ging also von derselben Einschätzung aus wie seine Kollegen, die – wie ich bereits weiter oben gezeigt habe – die Unfähigkeit der Angehörigen, rational zu entscheiden, als Argument gegen eine Befragung derselben anführten. Dementsprechend schrieben die Basler Transplanteure, dass eine Befragungspflicht abzulehnen sei, weil damit zu rechnen sei, dass ein breiter Bevölkerungsteil auch durch intensive Aufklärung nicht zu einer genügend rationalen Einstellung gebracht werden könne.[58] Nissen, welcher der öffentlichen Meinung eine größere Bedeutung beimaß, sah in der irrationalen

Ablehnung dagegen einen Grund dafür, dass die Widerspruchsregelung nicht durchsetzbar sei: Gerade wegen der gefühlsmäßig unterbauten Missbilligung werde jede Form von Versuchen, das große Publikum im Sinne des »Non-Obligatoriums« zu beeinflussen, keinen Erfolg haben.[59]

Beide Argumentationsweisen führen zu anderen Schlüssen, beruhen aber auf derselben Prämisse: Als unwissend wurde angesehen, wer nicht einem medizinisch-wissenschaftlichen Paradigma entsprechend argumentierte. Diese Sichtweise diente einer verunsicherten Ärzteschaft im Rahmen einer »Grenzarbeit« zur Bestätigung ihres berufsständischen Selbstbewusstseins und lief einher mit dem Versuch, ihre Machtposition im öffentlichen Diskurs um die Transplantation zu behaupteten. Umstritten war also weder die medizinische Deutung der Organspende noch der Anspruch der Ärzte auf die Deutungsmacht in dieser Problematik, sondern allein die Frage, wie offensiv dieser Anspruch angesichts der verbreiteten Skepsis bei den Laien durchgesetzt werden sollte. Ein Teil der Kommission war der Ansicht, dass es um den Erhalt der Glaubwürdigkeit Willen unerlässlich sei, den Autoritätsanspruch zumindest vorläufig zurückzustellen.

Aufklärung und Erziehung

Aus den ersten beiden Grundsätzen ergab sich drittens die gemeinsame Überzeugung, dass die aus Unwissenheit entspringende Skepsis gegenüber der Organspende mittels Aufklärung bekämpft werden müsse. Wichtig sei »die intensive Aufklärung der Bevölkerung in grossen Zentren, Spitälern, Firmen, durch Publikationen, Zeitungen etc.«, betonte SAMW-Präsident Werthemann.[60] Laut König sollte die Aufklärungsaktion die Notwendigkeit der Organentnahmen aufzeigen und dazu führen, dass eine möglichst große Zahl von Mitmenschen sich bereits zu Lebzeiten für eine Organentnahme im Todesfall bereit erklärt.[61]

Unter Aufklärung wurde die Vermittlung des medizinisch-wissenschaftlichen Wissens an die Laien verstanden. Das breite Publikum müsse darüber informiert werden, dass die Organspende eines Hirntoten kaum noch ethische Probleme biete, forderte Allgöwer.[62] Und Werthemann meinte, es wäre zweckmäßig, die Bevölkerung so weit zu erziehen, dass sie weiß, im gegebenen Fall bei Eintritt in eine bestimmte Klinik für Organtransplantationen zur Verfügung zu stehen.[63] Aufschlussreich ist hier der Begriff der »Erziehung«, der ein Wissens- und gleichzeitig ein Machtgefälle impliziert. Die Lösung, die hier für den Konflikt um die Organentnahme vorgeschlagen wird, ist folgende: Die Laien sollen ihr irrationales Bedürfnis nach einem Schutz des toten Körpers ablegen, sich den wissenschaftlich-medizinischen Deutungen unterordnen und ihre Funktion als potentielle Organspender akzeptieren. Aufklärung meint hier also den Versuch, die Kontrolle des Diskurses wiederzugewinnen.

Was die Erfolgsaussichten der Aufklärung betrifft, gab es unterschiedliche Einschätzungen, besonders hinsichtlich des zeitlichen Horizontes. Werthemann vermutete, dass die Aufklärung der Bevölkerung eine ganze Generation erfordern werde,[64] und ein Kollege erklärte, man sei sich einig, dass es noch lange gehe, bis man die Bevölkerung zur Zustimmung erzogen habe.[65] Andere gaben sich optimistischer: König glaubte, der Erfolg der Aufklärung werde durchschlagend sein und Reubi wies auf die guten Erfahrungen in Bern hin, wo bei sieben Fällen nur in einem die Angehörigen die Entnahme verweigert hätten. Wenn man die Bevölkerung aufkläre, so Reubi, werde die Einwilligung mit der Zeit ganz selbstverständlich.

An die Aufklärung knüpften die Mediziner große Hoffnungen; sie sollte dafür sorgen, dass die Konflikte um die Organentnahme, welche einer effizienten Organbeschaffung hinderlich sind, mit der Zeit ganz verschwinden. Obwohl auch in der letzten Kommissionssitzung mehrfach die Notwendigkeit einer Aufklärungsaktion betont wurde,[66] kam es in der Folge vorerst zu keinen groß angelegten und koordinierten Kampagnen. Erst Mitte der 1980er Jahre, als die Transplantation dank neuer immunsupressiver Medikamente sicherer und erfolgreicher wurde und auf andere Organe als die Niere ausgeweitet werden konnte, wurden die ersten systematischen Werbekampagnen für die Organspende realisiert.

Bundesgerichtsentscheid und rechtliche Entwicklung

Ab 1971 erwartete die Kommission den Bundesgerichtsentscheid über die in Zürich praktizierte Widerspruchsregelung mit zunehmender Spannung. 1972 erklärte das Bundesgericht die Widerspruchsregelung für verfassungsmäßig. Wie es später ausführte, anerkannte es zwar einen verfassungsmäßigen Persönlichkeitsschutz auch über den Tod hinaus, bemerkte aber einschränkend, dass dieser mitunter »höheren staatlichen Interessen« zu weichen habe. Die Zürcher Widerspruchsregelung, die bei fehlendem Einspruch Zustimmung annimmt, beurteilte das Bundesgericht aus zwei Gründen als »vernünftig«: Erstens müsse eine Transplantation innerhalb nützlicher Frist angeordnet werden, weshalb es zu erheblichen praktischen Schwierigkeiten führen würde, wenn zunächst langwierige Nachforschungen nach Angehörigen angestellt werden müssten. Zweitens sei ein obligatorisches Fragen der Angehörigen problematisch, da »der Mensch damit in vielen Fällen psychisch überfordert würde und deshalb oft nicht mehr in der Lage wäre, eine vernünftige Entscheidung zu treffen«.[67] Es fällt auf, dass das Bundesgericht sich hier sehr pragmatisch an den praktischen Erfordernissen der Transplantationsmedizin orientierte und der Argumentation folgte, derer sich die Zürcher und Basler Transplanteure in der SAMW-Kommission bedient hatten.

1975 wies das Bundesgericht auch die zivilrechtliche Klage ab, welche die Eltern des Herzspenders Gautschi 1970 gegen die Verantwortlichen der ersten Schweizer Herztransplantation eingereicht hatten.[68] Wie bereits drei Jahre zuvor ließ es die entscheidenden Fragen offen, ob die Interessen des Empfängers und der Ärzte Vorrang gegenüber denjenigen der Angehörigen des Spenders haben und ob eine Entnahme ohne Zustimmung der Angehörigen gerechtfertigt werden kann.[69] Die Undeutlichkeit der Bundesgerichtsurteile zeigt sich auch darin, dass sie sehr unterschiedlich interpretiert wurden.[70] Sie bildete die Grundlage für die heterogene und durch kantonale Unterschiede geprägte Rechtslage, welche für die Organtransplantation in der Schweiz bis zur Schaffung des nationalen Transplantationsgesetzes 2004 bestimmend war.[71]

In Folge des Bundesgerichtsentscheids von 1972 wurde die Zürcher Verordnung zum Vorbild für die anderen Kantone, die sich mit großer Mehrheit für das System der stillschweigenden Einwilligung entschieden.[72] Bis Ende der 1980er Jahre hatten elf Kantone die Widerspruchsregelung gesetzlich verankert (Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden, Bern, Graubünden, Luzern, Nidwalden, St. Gallen, Thurgau, Waadt, Wallis und Zürich).[73] Eine Zustimmungsregelung, die eine ausdrückliche Einwilligung verlangt und ein Schweigen als Ablehnung wertet, wurde nur in den fünf Kantonen Uri, Tessin, Genf,[74] Jura (1990) und Obwalden (1991) eingeführt. In sechs Kantonen fehlte bis Ende der 1990er Jahre überhaupt ein Erlass zur Organtransplantation (Glarus, Freiburg, Schaffhausen, Solothurn, Schwyz, Zug).[75] In den Kantonen Aargau, Basel-Stadt, Basel-Land und Neuenburg (erst ab 1995) galt grundsätzlich die Widerspruchsregelung; sie schrieben aber zusätzlich eine Informationspflicht vor, wonach die einspracheberechtigten Personen in geeigneter Weise auf ihre Einspruchsmöglichkeit aufmerksam zu machen sind. Deshalb wurden die Bestimmungen dieser vier Kantone häufig als Informationsregelung bezeichnet.[76]

Ambivalente Bilanz

Zurück zur SAMW-Kommission: Als der Bundesgerichtsentscheid 1972 vorlag, setze sich bald die Meinung durch, dass eine Erstellung von Richtlinien nun hinfällig sei und die Kommissionstätigkeit eingestellt werden könne. Zuvor hatte eine Mehrheit der Ärzte zwar noch die Wichtigkeit einer selbständigen und vom Gerichtsurteil unabhängigen Stellungnahme betont[77] und versucht, sich zu einem Kompromiss durchzuringen: Die Befragung der Angehörigen sollte zwar grundsätzlich verlangt werden. Für »Notstandssituationen« – wenn die Angehörigen nicht erreichbar sind und/oder ein Leben gerettet werden muss – sollten aber ausnahmsweise auch Entnahmen ohne Einverständnis des Spenders oder der Angehörigen zugelassen sein.[78] Doch blieb die aufwendige Arbeit der Kommission letztlich ohne Ergebnis: einerseits, weil man das Bun-

desgerichtsurteil im Sinne einer wegweisenden rechtlichen Bestimmung als genügend erachtete, andererseits aber auch, weil die gemeinsame Position, die man als Grundlage einer einheitlichen Interessenvertretung gegen außen angestrebt hatte, nicht gefunden werden konnte. Die Analyse der Kommissionsprotokolle hat deutlich gemacht, dass die Vorstellung eines monolithischen, geschlossenen Blocks der Ärzteschaft als sozialer Akteur nicht zutreffend ist. Anlässlich der Debatten um die Zürcher Herztransplantation einen einfachen Gegensatz zwischen Ärzten und Laien zu konstruieren, würde der komplexen diskursiven Situation nicht gerecht. Die Unsicherheiten und Spannungen hinsichtlich der Transformation von Körperteilen in medizinische »Ersatzteile« gingen nicht nur durch die nicht-medizinische Öffentlichkeit sondern auch mitten durch die Ärzteschaft. Mitunter, so deuten die teilweise sehr schwankenden und wechselhaften Positionierungen einzelner Ärzte an, liefen die Ambivalenzen mitten durch die Subjekte selber hindurch.

Das Bundesgerichtsurteil ersparte den Ärzten die schwierige Kompromissfindung und erlaubte es ihnen, die inneren Widersprüche unbereinigt zu lassen. Das Problem der Befragung der Angehörigen vor der Organentnahme bedürfe nicht unbedingt einer einheitlichen Regelung, befand ein Kommissionsmitglied in einem abschließenden Brief. Es genüge, wenn allen Verantwortlichen bekannt sei, wie die kantonalen Regeln lauteten. Die individuelle Wertung der Situation (»Dringlichkeit der Notfallsituation; Schwierigkeit, Angehörige zu erreichen«) werde immer von Ort zu Ort abweichend sein.[79] Ein Kollege erinnerte daran, dass man mit den Richtlinien die Ärzte vor unangenehmen Situationen schützen und es ihnen erleichtern wollte, die Transplantate ohne überflüssige Formalitäten und Zeitverlust zu erhalten. Durch den Bundesgerichtsentscheid würden sich die Richtlinien deshalb erübrigen.[80]

Entsprechend dieser pragmatischen Sichtweise bedeutete das vorläufige Ergebnis dieser ersten »Krise der Organspende« in der Schweiz für die Transplantationsmediziner also vor allem eines: Sie können weitermachen wie bisher; ihre weitgehende Unabhängigkeit und Eigenmächtigkeit bei der Organentnahme bleibt bewahrt und wird nicht von gesetzlichen Regeln beschnitten. Trotzdem blieb die Bilanz aus ärztlicher Sicht ambivalent: Um ihre Deutungshoheit zu behaupten, das hatte das Nachspiel der ersten Herztransplantation gezeigt, waren die Ärzte auf die Hilfe von Judikative und Legislative sowie auf das Vertrauen der Laien angewiesen. Beides war nicht selbstverständlich gegeben. Der ärztliche Spielraum sollte erst in den 1990er Jahren vom Gesetzgeber und von den journalistischen Medien wieder hinterfragt werden, worauf die SAMW 1995 medizinisch-ethische Richtlinien zur Transplantation erlassen wird – als Reaktion auf die zunehmende Skepsis und im Hinblick auf eine sich anbahnende nationale Gesetzgebung.[81]

Basierend auf den in diesem Kapitel gewonnen Erkenntnissen ergeben sich für den weiteren Verlauf der Arbeit folgende Anschlussfragen: Welche Rege-

lung der Organentnahme setzte sich längerfristig in der Praxis der Transplanteure, im öffentlich-medialen Diskurs und in der politischen Entscheidungsfindung durch? Gelang es den Akteuren der Transplantationsmedizin, das Vertrauen der Laien zu gewinnen und ihre Deutungshoheit über die Organspende zu bewahren? Und: Erfüllte sich die Hoffnung der Ärzte, dass die Organentnahme mit der Zeit zu einer Selbstverständlichkeit werde?

3.2 Organmangel

Die ausreichende Versorgung mit Organen ist für die Transplantationsmedizin von grundsätzlicher Bedeutung: Die Verfügung über die Organ-Ressourcen ist gleichzeitig Voraussetzung wie Grenze dieser Technik.[82] Im Gegensatz zu anderen medizinischen Verfahren ist die Transplantationsmedizin bei der Beschaffung ihrer Ressourcen nicht nur von finanziellen Investitionen und technischen Entwicklungen abhängig. Sie ist auf den Zugriff auf lebendige Körperteile angewiesen. Der Jahresbericht des Universitätsspitals Basel spricht deshalb von einer »für unser Gesundheitswesen atypischen Rationierungssituation«, in der jeder Lösungsansatz grundsätzliche Probleme aufwerfe.[83]

»Das Problem des Organmangels ist so alt wie die Transplantation selbst«, schrieb Thomas Schlich in seiner Studie zur »Erfindung der Organtransplantation« zwischen 1880 und 1930.[84] Bereits in dieser ersten, experimentellen Phase beklagten Chirurgen das Fehlen von geeigneten Transplantaten und thematisierten die ethische Problematik von Lebend- und Totenspenden.[85] Zur Hauptsorge der Transplantationsmedizin entwickelte sich der Organmangel in den 1980er Jahren. Spätestens ab den 1990er Jahren ist seine Thematisierung im Sprechen über die Organtransplantation beinahe allgegenwärtig; der Begriff der Organknappheit strukturierte den Diskurs über die Transplantationsmedizin und bestimmte ihre Praxis. So bezeichnet die Sozialanthropologin Alexandra Manzei die Ressourcenknappheit als systemisches Grundproblem, das Motor und Antriebskraft für nahezu alle Handlungen und Verfahrensweisen der Transplantationsmedizin sei.[86] Als Grundlage für den weiteren Verlauf dieser Arbeit sollen deshalb in diesem Teilkapitel zunächst die Hintergründe und Konsequenzen des Organmangels aus historischer Perspektive erörtert werden.

Zur Entstehung des Organmangels können vereinfachend zwei Erklärungsansätze unterschieden werden. Der erste fokussiert auf die Angebotsseite: Schuld an der Organknappheit ist in dieser Sichtweise ein Mangel an Organspenden. Diese Deutung wurde, wie wir sehen werden, oft von den Akteuren der Transplantationsmedizin vertreten und war auch im öffentlich-medialen Diskurs dominant.

Der zweite Ansatz gewichtet stärker die Nachfrage nach Organen: Als Grund für den Organmangel gilt in dieser Sichtweise ihr stetes Ansteigen, mit dem das Angebot an Organen nicht Schritt halten konnte. In dieser Perspektive, die in der historischen und sozialwissenschaftlichen Forschung oft betont wird, ist der Mangel gleichsam in der Dynamik einer expansionswilligen Transplantationsmedizin angelegt.[87] Er erscheint, wie es etwa der Soziologe Torsten Junge vorschlägt, als ein strukturelles Problem, das dem System gleichsam inhärent ist.[88] Der Medizinethiker Linus S. Geisler spricht in diesem Zusammenhang vom »Odium der Systemtragik«.[89]

Im Folgenden werde ich die Entwicklung des Organmangels in der Schweiz rekonstruieren und dabei die beiden eingangs erläuterten Erklärungsansätze überprüfen und diskutieren. Daran anschließend werde ich mich der hegemonialen Deutung des Organmangels zuwenden und ihre Bedeutung für das Dispositiv der Organspende untersuchen. Ferner werde ich einen Überblick darüber geben, mit welchen Mitteln und Strategien die Transplantationsmedizin den Organmangel zu bekämpfen versuchte. Dabei geht es auch um die Frage, wie man sich einen idealen Organspender vorstellte.

Der Organmangel wird zum Problem

Nur wenige Jahre nachdem Ärzte 1964 in Bern die erste erfolgreiche Nierentransplantation in der Schweiz durchgeführt hatten, wurde in der Schweiz die Klage über das unzureichende Angebot von Nieren laut.[90] In den 1970er Jahren – so zeigen etwa die Jahresberichte der transplantierenden Krankenhäuser – wurde die unzureichende Versorgung mit Organen regelmäßig als limitierender Faktor der Transplantationstätigkeit genannt.[91] Ungeachtet dieser Kontinuität wurde der Mangel nie als Normalität dargestellt, sondern erschien meist als akutes Problem oder gar als neue Bedrohung.[92] Obgleich verschiedentlich beanstandet, traten die Sorgen um die Organknappheit meist hinter die gravierenden technisch-medizinische Probleme vor allem im Zusammenhang mit der Organabstoßung zurück, mit denen die Transplantationsmedizin zu kämpfen hatte. Dieses Verhältnis kehrte sich erst Ende der 1980er Jahre um, als sich die Schere zwischen Angebot und Nachfrage zunehmend öffnete, und sich die Wartezeiten für Transplantationskandidaten verlängerten. Diese für die Entwicklung der Transplantationsmedizin zentrale Phase werden wir nun etwas genauer betrachten.

Mitte der 1980er Jahre blickten die Protagonisten der Schweizer Transplantationsmedizin optimistisch in die Zukunft. »Die Resultate zeigen, dass das Ziel, in unserem Lande jedem Patienten, der medizinisch gesehen einer Organtransplantation bedarf, innert nützlicher Frist dieser Behandlung zuzuführen, in Zukunft bei entsprechenden Anstrengungen erreicht werden kann«, erklärten 1987 die Zürcher Transplantationsmediziner.[93] Auch ihre

Genfer Kollegen zeichneten in einer Sondernummer der Zeitschrift *Médecine et Hygiene* das Bild einer erfolgreichen und expandierenden Sparte, deren Fortschritt sich in einer nicht enden wollenden Steigerung der Anzahl und der Varietät der Transplantationen manifestiere.[94]

Der Fortschrittsoptimismus wurde durch einen weltweiten Expansions-Schub der Transplantationsmedizin genährt, der vor allem auf bedeutenden Innovationen auf dem Gebiet der Immununterdrückung beruhte. Die Organabstoßung durch das Immunsystem des Empfängers, welche die Erfolgschancen des Eingriffes stark beeinträchtigte, galt lange Zeit als bedeutendstes Problem, als »Achillesferse« der Organtransplantation.[95] Die Zuordnung der Organe gemäß der Histokompatibilität (die immunologische Übereinstimmung von Spender und Empfänger) konnte die in sie gesetzten Erwartungen nie ganz erfüllen.[96] Eine deutliche Verbesserung der Resultate brachte der Einsatz des Wirkstoffes Ciclosporin, der vom Basler Pharmakonzern Sandoz entwickelt und ab 1983 unter dem Namen Sandimmun höchst erfolgreich vermarktet wurde. Die *Weltwoche* bezeichnete das Medikament 1987 gar als »Wunder«, das in der Transplantationsmedizin weltweit eine neue Ära eingeleitet habe.[97]

Dank Ciclosporin und anderer technischer Fortschritte[98] stiegen die Transplantatsüberlebenszeiten in den 1980er Jahren deutlich.[99] Zudem wurde die Technik auf weitere Organe ausgedehnt.[100] Quantitativ nahmen die Transplantationen bis 1986 stark zu. In diesem Jahr erreichte die Nierenverpflanzung, die sich als Gradmesser am besten eignet,[101] mit landesweit über 250 Transplantationen einen Höhepunkt. Das Jahr werde als Jahr des großen Aufschwungs der Organtransplantation in die Annalen eingehen, prophezeite der Jahresbericht des Universitätsspitals Zürich.[102] Der Aufschwung beruhte auf dem Rekord-Wert von 151 hirntoten Organspendern.[103]

1985 gründeten Vertreter der Transplantationsmedizin die Stiftung Swisstransplant. Ein Hauptzweck der »Schweizerischen Stiftung für Organspende« war es, die Organbeschaffung zu intensivieren und zu koordinieren.[104] »Chirurgen brauchen Nieren« und »Organspender für Verpflanzung gesucht« titelten Zeitungen anlässlich der Gründung.[105] 1987 lancierte Swisstransplant die erste nationale Aufklärungskampagne zur Förderung der Organspende. Die Gründung der Stiftung war also Ausdruck des Willens, die zur Ausweitung der Organtransplantation notwendigen Organ-Ressourcen längerfristig sicherzustellen.

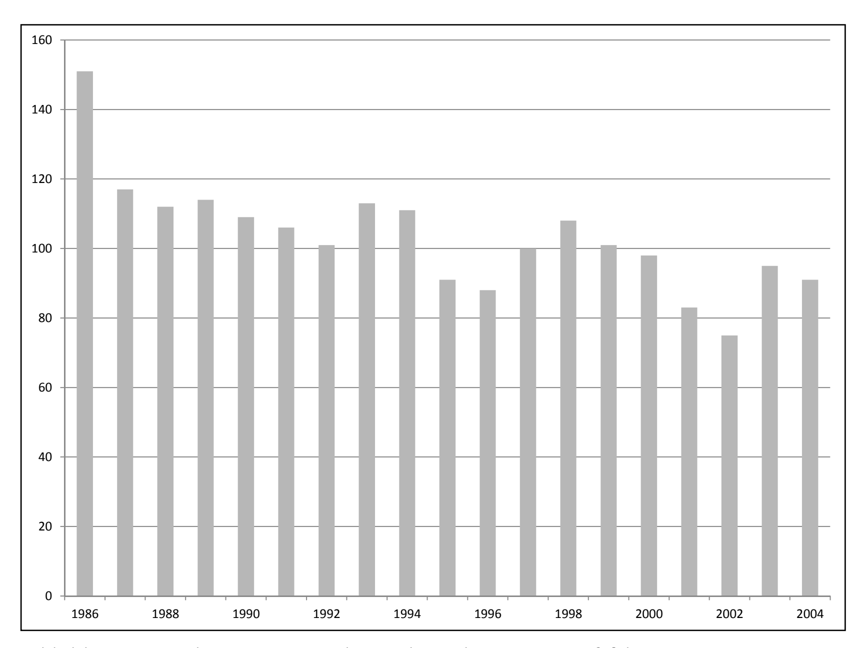


Abbildung 1: Leichennierenspender in der Schweiz von 1986 bis 2004

Die Euphorie der Transplantationsmedizin war nur von kurzer Dauer. Direkt nach dem Rekord-Jahr von 1986 brach die Zahl der postmortalen Spender ein und erlebte Mitte der 1990er Jahre einen Tiefpunkt von 88 Spendern (vgl. Abb. 1). Als Konsequenz ging auch die Transplantationsfrequenz zurück. Erst Ende der 1990er Jahre wurde die Transplantations-Bilanz von 1986 übertroffen – und nur dank einer starken Zunahme der Lebendspender (vgl. Abb. 2). Es war also einerseits tatsächlich der Rückgang der postmortalen Organspender, der ab Ende der 1980er Jahre den Organmangel verschärfte.

Opfer des eigenen Erfolgs

Andererseits zeigt die Statistik auch ein verstärktes Anwachsen der Warteliste. Dass mehr Patienten für eine Organtransplantation angemeldet wurden, war eine Folge der beschriebenen medizinisch-technischen Fortschritte und des damit einhergehenden Expansionswillens der Transplantationsmedizin. Unter dem Titel »Erfolgsgeschichte der Transplantationschirurgie« wird in einer Bittschrift der Stiftung Swisstransplant die Verschiebung der Anmelde-Kriterien beschrieben: »Die bisher erzielten Fortschritte der Transplantationschirurgie [...] führten zu einer starken Indikationserweiterung sowohl bezüglich des Krankheitsspektrums als auch der unteren und oberen Altersgrenze«.[106]

Diese stetigen Indikationserweiterungen ließen die Wartelisten der potentiellen Organempfänger anwachsen.[107]

Nierentransplantationen (Lebendspender) Nierentransplantationen (Leichenspender) Warteliste Nierentransplantation am 1. Januar

Abbildung 2: Nierentransplantationen mit Leichenspendern und Lebendspendern sowie Warteliste für Nierentransplantation in der Schweiz von 1970 bis 2004

Die Transplantationsmedizin hat sich ihr Ressourcenproblem durch ihren Erfolg gleichsam selber mitgeschaffen. Je erfolgreicher die Technik wurde, desto stärker wuchs die Nachfrage und desto größer wurde die Diskrepanz zum vorhandenen Angebot an Organen.[108] Das Wachstum des Systems, so Geisler, verstärke seine Wachstumskrise.[109] Auch vor dem Einbruch der Organspenden wurden die Wartelisten also stetig länger, obwohl gleichzeitig immer mehr Transplantationen stattfanden (vgl. Abb. 2). In dieser Sichtweise erscheint der Organmangel tatsächlich als strukturelles, dem System gleichsam inhärentes Phänomen.

Laut Geisler werde die Transplantationsmedizin, was immer sie verspreche, nicht umfassend halten können. Die Illusion der »leeren Warteliste« werde immer eine Illusion bleiben.[110] Auch Schlich betrachtet eine wirkliche Sättigung der Nachfrage, selbst wenn das Angebot steige, als unwahrscheinlich.[111] Bei aller Plausibilität dieser Prognosen ist meines Erachtens vor einer Naturalisierung des Mangels zu warnen. Auch wenn eine Behebung der Organknappheit in naher Zukunft kaum wahrscheinlich scheint, so sind durchaus gesellschaftliche Regelungen denkbar, die das Organangebot wesentlich vergrößern würden. Letztlich hängt der Erfolg der Organbeschaffung immer auch von

gesellschaftlichen Strukturen und Entscheiden ab – etwa von den rechtlichen Rahmenbedingungen, von der Investitionsbereitschaft in Infrastruktur, Organisation und Werbung oder von der öffentlich-medialen Repräsentation. Es war hinsichtlich des quantitativen Ausmaßes des Organmangels in der Schweiz wie auch hinsichtlich dessen Deutung alles andere als unerheblich, dass die Spenderzahlen von 1986 bis 2002 tendenziell sanken und trotz vieler Bemühungen nicht wieder entscheidend angehoben werden konnten (vgl. Abb. 1).

Die Verschärfung des Organmangels, so lässt sich vorläufig bilanzieren, resultierte also sowohl aus einer Verringerung des Angebots als auch aus einer Zunahme der Nachfrage. Es war die paradox anmutende Gleichzeitigkeit dieser beiden Entwicklungen, welche die Schweizer Transplantationsmedizin Ende der 1980er Jahre empfindlich traf und das Mangel-Problem als besonders einschneidend erscheinen ließ: Die kontinuierliche Expansion des Transplantationssystems war just in dem Moment unterbrochen worden, als das Entwicklungspotential dank der Beseitigung technischer Hindernisse größer als je zuvor erschien.[112] Ausgerechnet nach Gründung der Stiftung Swisstransplant und zeitgleich mit der Lancierung der ersten Organspende-Kampagne brachen die Spender-Zahlen ein. In dieser Situation sah sich die Transplantationsmedizin umso deutlicher mit dem Problem des Organmangels konfrontiert. Der Präsident einer Transplantierten-Organisation konstatierte 1992: »Das dringlichste Problem, vor welchem wir Ende unseres zwanzigsten Jahrhunderts stehen, ist der Mangel an Spenderorganen.«[113]

Die Deutung des Organmangels und ihre Effekte

Dominierte Ende der 1980er Jahre noch die Hoffnung auf eine baldige Besserung, so war die Zuversicht Mitte der 1990er Jahre Ernüchterung gewichen.[114] Hofften die Akteure der Transplantationsmedizin zu Beginn der 1970er Jahre noch, dass die Organspende für die Bevölkerung durch Aufklärung und Gewöhnung zu etwas Selbstverständlichem werde, zog die Abteilung Organtransplantation in Basel 1992 eine ernüchternde Bilanz: »Alle Bemühungen, die Zahl der Organspender zu erhöhen, haben bisher nicht genügend Wirkung gezeigt«.[115] Verantwortlich für den Organmangel wurde meist wie selbstverständlich der Mangel an Organspendern gemacht.[116] »Die fast einzige Ursache für diese unbefriedigend grossen Wartelisten beziehungsweise langen Wartezeiten ist der Mangel an guten, transplantationsgeeigneten Organen, also der Spendermangel«, schrieben etwa die Zürcher Transplantations-Ärzte 1987.[117] Diese Interpretation, die auf die Angebots-Seite fokussiert, dominierte die medizinische wie auch die öffentlich-mediale Debatte über die Organtransplantation. Die gestiegene Nachfrage stand dagegen seltener im Vordergrund.[118] Während das Organ-Angebot als historisch und kulturell bedingt galt, wurde die Nachfrage-Seite meist unhinterfragt als gegeben dargestellt.

Was bedeutete diese Deutung des Organmangels für die Praxis der Organtransplantation? Und wie organisierte der Organmangel als zentraler Signifikant die diskursive Realität der Transplantationsmedizin? Thomas Schlich macht darauf aufmerksam, dass die scheinbar wertneutrale Feststellung eines Organmangels, der behoben werden müsse, bereits eine normative Setzung und damit eine Wertentscheidung enthalte, nämlich die, dass die Organnachfrage und nicht etwa das Organangebot bestimmt, wie weit die Transplantationsmedizin ausgedehnt werden soll.[119] Das offenbart sich in der Zielsetzung, »in unserem Lande jedem kranken Mitbürger, der aufgrund strenger medizinischer Kriterien des Organersatzes bedarf, die Transplantation [...] zu ermöglichen«, wie sie 1987 der führende Transplantations-Arzt Felix Largiadèr formulierte.[120] Sie orientiert sich an der Nachfrage und verschweigt gleichzeitig die historische Kontingenz dieser »strengen medizinischen Kriterien«.

Dass diese Zielsetzung nicht einfach selbstverständlich war, zeigt ein kritischer Kommentar von 1990 in der Zeitschrift *Krankenpflege* zur Organspende-Kampagne von Swisstransplant: »Die Kampagne weckt die Hoffnung, dass jeder, der ein Organ benötigt, dieses auch erhält. Doch die Nachfrage nach Organen wird nie restlos erfüllt werden können, weil die Indikationen für ein Ersatzorgan im gleichen Masse zunehmen werden wie Organe zur Verfügung stehen.«[121] Die Logik des Organmangels strukturierte also die Realität der Transplantationsmedizin insofern, als dass sie den sich stets verschiebenden Orientierungspunkt für die Expansion des Transplantationssystems definierte.[122] Sie implizierte die Vorstellung einer permanenten Ausbreitung der medizinischen Technik.

Skandalisierung des Organmangels

Darüber hinaus – und das ist für eine historische Betrachtung der Organbeschaffung zentral – diente die Semantik des Organmangels als strategischer Ausgangspunkt für die Einforderung von gesellschaftlicher und individueller Verantwortung.[123] Dieser diskursive Effekt beruht auf der zunehmenden moralischen Aufladung des Organmangels, der für das Leiden und den Tod von Patienten verantwortlich gemacht wurde.[124] Ab den 1980er Jahren wurden Organe transplantiert, deren Funktion nicht wie bei der Niere mit der Dialyse künstlich ersetzt werden konnte. Eine neue Leber, ein transplantiertes Herz oder eine neue Lunge bedeutete für die Patientinnen und Patienten oft die einzige Möglichkeit zur Verlängerung ihres Lebens.

»Es ist schwer vorzustellen, wie Hunderte von Lebenswilligen sterben müssen, weil sie kein Organ einer verstorbenen Person erhalten konnten«, schrieb 1992 der Präsident einer Westschweizer Stiftung zur Förderung der Organspende.[125] Organkranke Menschen, so suggerierten Presseberichte über Organmangel, sterben aufgrund des Organmangels – und nicht oder nicht nur

aufgrund von krankheitsbedingtem Organversagen.[126] Der Tod auf der Warteliste wurde zu einer wichtigen statistischen Kategorie, die in den Bilanzen der Transplantationsmedizin ihren festen Platz hatte.[127]

Im Zuge dieser Skandalisierung des Organmangels wurden Organe mehr denn je zu einer »wertvollen« Ressource.[128] »Wir wollen sicherstellen, dass kein Organ verloren geht«, erklärte 1994 die nationale Koordinatorin für Transplantationen.[129] Das bedeutete konkret, dass alle Organe von hirntoten Patienten für Transplantationen verwendet werden sollten; jedes ungenutzte Organ musste in dieser Sichtweise als Verschwendung erscheinen. »Die Organverschwendung nimmt kein Ende« klagte die *Bündner Zeitung* 1992 folgerichtig an.[130]

Der ökonomisch strukturierte Diskurs des Organmangels, der sich nach dem Verhältnis von Angebot und Nachfrage orientiere und das Organ als knappe Ressource konstruiert, kippte in einen moralischen Diskurs. Die Thematisierung der »Dramatik des Organmangels«[131] war explizit oder implizit mit einer Aufforderung zum Handeln verbunden, mit einem moralischen Appell, etwas gegen die Organverschwendung und den Tod auf der Warteliste zu unternehmen. Dieser Imperativ zur Bekämpfung des Mangels richtete sich nicht nur gegen innen, an das medizinische Personal, sondern auch gegen außen; er war an alle Menschen in ihrer Eigenschaft als potentielle Organspender adressiert.

Der Organmangel wurde als wichtiges gesellschaftliches Problem postuliert, das der Lausanner Arzt François Mosimann auf eine einfache Formel brachte: »Pas de solidarité dans notre société, pas d'organes; pas d'organes, pas de transplantations!«[132] Das Ziel, den Mangel zu beseitigen, so betonte Felix Largiadèr, sei von großer gesellschaftspolitischer, gesundheitspolitischer und volkswirtschaftlicher Bedeutung. Die Stiftung Swisstransplant, so Largiadèr weiter, habe es unternommen, die gesamte Ärzteschaft und die Bevölkerung in einer gemeinsamen Anstrengung zu vereinen, um dieses Ziel zu erreichen.[133]

Die ökonomisch fundierte aber moralisch aufgeladene Semantik des Mangels, so lässt sich als vorläufiges Fazit formulieren, hatte einen zweischneidigen Effekt: Einerseits steigerte sie den Wert und die Bedeutung von Organen und Transplantationen, und damit auch von den Akteuren, die für die Transplantationen verantwortlich waren. Sie diente der Transplantationsmedizin zudem als Ausgangspunkt, um materielle sowie personelle Ressourcen und Engagement einzufordern. Andererseits setzte sie die medizinischen Akteure sowie alle in der Schweiz lebenden Menschen als potentielle Organspender unter steigenden Druck, die geweckten Erwartungen zu erfüllen, alle Patienten, die ein neues Organ benötigen, zufriedenzustellen. Wie gingen die Transplantationsmedizin und die Gesellschaft mit diesem Druck um? Auf diese Frage werde ich später im Buch wieder zurückkommen.

Gegenmaßnahmen

In dem Masse, wie der Organmangel als wichtigstes Problem der Transplantationsmedizin wahrgenommen wurde, stieg auch das Interesse ihrer Akteure für Lösungsstrategien und Gegenmaßnahmen. Dieses Interesse manifestierte sich in den zahlreichen wissenschaftlichen Studien, die ab Ende der 1980er Jahre weltweit zu diesem Thema publiziert wurden. Große Hoffnung wurde lange in nicht-menschliche Organe gelegt; doch erwiesen sich im untersuchten Zeitraum weder tierische, künstliche, noch aus Stammzellen gezüchtete Organe als geeignete Alternative.[134] Erfolgversprechender erschien eine Ausbreitung der Gruppe potentieller menschlicher Spender: In den 1990er Jahren nutzte die Transplantationsmedizin neben hirntoten vermehrt auch herztote Spender. Gleichzeitig förderte sie die Lebendspende, die sich bis zur Jahrtausendwende auf dem Gebiet der Nierenübertragung zu einem wichtigen Faktor entwickelte (vgl. Abb. 2).[135] Beide neuen Spenderkategorien waren aber mit einem erhöhten Potential für ethische Akzeptanzprobleme verbunden.[136]

In dieser Arbeit steht die postmortale Organspende bei hirntoten Spendern im Vordergrund. Ihre Effizienz wurde in den Studien zum Organmangel am Verhältnis von denkbaren, medizinisch möglichen und tatsächlichen Organspendern bemessen. Als denkbare Spender galten alle Patienten, die in der Intensivstation eines Krankenhauses einen Hirntod erleiden und die Bedingungen für eine Organspende erfüllen.[137] Alle Organe dieser potentiellen Spender, die nicht verpflanzt werden, wurden als verloren oder verschwendet angesehen.[138] Schätzungen, die sich mangels statistischer Basis auf die Werte einer US-amerikanischen Studie stützten, gingen davon aus, dass in der Schweiz im Jahr 1985 mehr als 800 Nieren, 400 Herzen und 400 Lebern ungenutzt blieben.[139]

Eine Studie über den Spende-Rückgang am Genfer Universitätsspital zwischen 1985 und 1990 verzeichnete eine starke Zunahme von potentiellen Spendern, die aufgrund medizinischer Ausschluss-Kriterien nicht genutzt werden konnten. Diese Verluste, die unter anderem aus einer auf der Intensivstation erfolgten Infektion resultierten, so die Studie, könnten durch eine verbesserte Betreuung der potentiellen Spender reduziert werden.[140] Darüber hinaus bot sich auch die Lockerung der medizinischen Ausschluss-Kriterien und die Nutzung sogenannter »suboptimaler Spender« als Maßnahme gegen die Organknappheit an.[141]

Der ideale Spender

Als optimale Spender galten der Transplantationsmedizin Patienten, die im Krankenhaus einen Hirntod erleiden, so dass sie rechtzeitig an die Herz-Lungen-Maschine angeschlossen werden können.[142] Zudem dürfen sie nicht zu

alt und müssen gesund sein – wobei vor allem die zu spendenden Organe keine Schädigungen aufweisen dürfen.[143] »Als Organspender (für eine Herztransplantation) qualifizieren demzufolge nur herzgesunde, kreislaufstabile Patienten mit dissoziiertem Hirntod«, erklärte die *Schweizerische Ärztezeitung* 1989.[144] Die Definition des optimalen Spenders blieb keineswegs stabil, sondern änderte sich. Seit den 1960er Jahren wurden die Ausschluss-Kriterien zunehmend ausgedehnt – einerseits aufgrund der technischen Fortschritte, andererseits aber auch als Reaktion auf den Organmangel. So stieg etwa die Altersgrenze für Nierenspender von 50 Jahren 1968 auf 75 Jahre Ende der 1990er Jahre.[145]

Im öffentlichen Diskurs über die Organspende verdichtete sich der ideale Spender zu einer fiktiven Figur: dem jungen, gesunden, risikobereiten und männlichen Motorradfahrer.[146] Tatsächlich waren vor allem in der Frühphase der Transplantationsmedizin viele Organspender Opfer von Verkehrsunfällen. Die Zahl der Spender laufe beinahe parallel zu den tödlichen Verkehrsunfällen, berichtete noch 1989 der Präsident der Arbeitsgruppe Nierentransplantation der Stiftung Swisstransplant (STAN).[147] In der Abnahme der Verkehrsunfälle wurde denn auch mit ein Grund für den Rückgang von Organspenden gesehen.[148] Ebenfalls war und ist eine Mehrheit der postmortalen Spender männlich.[149]

Doch spätestens seit Ende der 1990er Jahre entsprach das Bild des jungen, verunglückten Verkehrsopfers nicht mehr der Realität. Ursache des Hirntods war ab 2000 nur mehr in weniger als einem Drittel aller Fälle ein durch Gewalt von außen entstandenes Hirntrauma.[150] Und das durchschnittliche Alter der postmortalen Spender stieg Mitte der 1990er Jahre auf rund 45 Jahre.[151] Trotzdem hielt sich die Vorstellung junger, verunfallter Spender hartnäckig.[152] Wenn die Medien und insbesondere die Empfänger die anonymen Spender gerne als jugendliche Männer imaginierten, dann wohl auch deshalb, weil sie sich von der Einverleibung ihrer jungen, gesunden und unverbrauchten Organe am ehesten Heilung und physische Wiederherstellung versprachen.[153] Zudem begünstigte die Phantasie des Motorradunfalls als Todesursache die Entschärfung moralisch-emotionaler Zweifel in einer doppelten Weise: Sie evozierte einerseits die Vorstellung eines selbstverschuldeten Todes aufgrund »jugendlich-männlichem Risikoverhaltens« und andererseits eines »sinnlosen« Todes, dem die Organspende, so eine häufig artikulierte Vorstellung, Sinn verleihen könne.[154]

Zwei Hindernisse der Organspende

Abgesehen von den erwähnten medizinisch-technischen Aspekten identifizierten die Schweizer Studien zwei Hauptgründe für die quantitative Diskrepanz zwischen den potentiellen und den tatsächlichen Spendern: die Ab-

lehnung der Spende durch die Angehörigen und die Nicht-Überweisung von potentiellen Spendern.[155]

In der zweiten Hälfte der 1980er Jahre verzeichneten die Krankenhäuser eine Zunahme der Ablehnung der Organspende durch die Angehörigen. Die Zahl der Transplantationen habe in beängstigendem Masse abgenommen, berichtete etwa der Jahresbericht des Universitätsspitals Basel von 1988. Einer der Gründe für diese ungünstige Entwicklung liege bei der nachweislich häufigeren Verweigerung für die Organentnahme durch die Angehörigen.[156]

Auch in den 1990er und in den frühen 2000er Jahren blieb der Einspruch der Angehörigen ein häufig beklagtes Problem, wobei die statistischen Werte an den einzelnen Krankenhäusern variierten.[157] An der jährlichen Pressekonferenz im Januar 1994 erklärte die Stiftung Swisstransplant, dass die hohe Quote der Organspende-Verweigerungen der Hauptgrund für die im internationalen Vergleich niedrige Transplantationstätigkeit der Schweiz sei.[158] »Heute verweigern […] zwischen 23 und 40 Prozent jeweils die Zustimmung zur Entnahme eines Organs«, schreib die NZZ 1997. »Das sind viel zu viele.«[159] In der Darstellung der journalistischen Medien erschien die mangelnde Spende-Bereitschaft der Bevölkerung, die sich in der Zurückhaltung der Angehörigen sowie in der geringen Verbreitung der Organspenderausweise manifestierte, oft als Hauptgrund für den Organmangel.[160]

Die Lösungsansätze gegen die häufige Verweigerung der Spende zielten einerseits auf das medizinische Personal und die praktische Organisation der Organspende. Wie ich in den nachfolgenden Teilkapiteln zeigen werde, sollte durch eine professionellere Betreuung der Angehörigen und ein geschicktes Emotions-Management die Verweigerungs-Rate gesenkt werden. Anderseits stand die Spende-Bereitschaft der Bevölkerung im Fokus. Die Bemühungen, die Schweizer Bevölkerung mittels Aufklärungs-Kampagnen und Medienarbeit über die Organtransplantation zu informieren und für die Organspende zu sensibilisieren, sind Thema des vierten Kapitels.

Dass mögliche Spender auf Intensivstationen nicht oder nicht rechtzeitig erkannt und gemeldet werden, oder dass ihre Organe keine Abnehmer finden und deshalb ungenutzt bleiben, wurde oft als wichtiger Grund für die mangelnde Organversorgung angeführt. Eine prospektive Studie am Inselspital Bern für die Zeit von 1987 bis 2004 kam zum Ergebnis, dass die Zahl der tatsächlichen Spender um 67 Prozent hätte gesteigert werden können, wenn alle potentiellen Spenden identifiziert und gemeldet worden wären.[161] Es bleibe eine der vordringlichsten Aufgaben für die Zukunft, dieses weitgehend ungenutzte Spenderpotential effektiver auszuschöpfen durch verbesserte Koordination und Motivation aller Krankenhäuser, die mit hirntoten Patienten zu tun haben, hieß es bereits im Jahresbericht des Berner Inselspitals von 1985.[162]

Neben der mangelhaften Organisation wurde also auch die fehlende Motivation des medizinischen Personals für die Spender-Verluste verantwortlich

gemacht. Mehrere Meinungsumfragen untersuchten die Einstellung von Ärzteschaft, Pflegenden und Studierenden zu Organspende und Organtransplantation.[163] Defizite orteten die Verantwortlichen bei Swisstransplant vor allem bei der Kooperation der nicht-transplantierenden Krankenhäuser.

Die Versuche, alle medizinischen Akteure zu einem effizienten System der Organbeschaffung zu integrieren, sind im Folgenden Gegenstand dieses Kapitels. Wie wurde die postmortale Organspende organisiert? Welche Probleme und Konflikte erwiesen sich dabei als Hindernisse? Diese Fragen sollen zuerst im Bezug auf die Mikro-Ebene der Intensivstation und des Operationssaals, wo die Organentnahme vorbereitet und durchgeführt wird, und danach im Bezug auf die Makro-Ebene des gesamtschweizerischen Transplantations-Systems beantwortet werden.

3.3 Emotionale Probleme um Hirntod und Organentnahme

Wie wir gesehen haben, implizierte der Diskurs des Organmangels das Postulat, mehr Organe zu beschaffen. Doch wie funktionierte diese Beschaffung? Wie gestaltete sich die postmortale Organspende im Rahmen des transplantationsmedizinischen Dispositivs? Die Praxis der postmortalen Organspende soll in den folgenden drei Teilkapiteln genauer in den Blick genommen werden. Es handelte sich um einen vielschichtigen und kommunikationsintensiven Prozess, der sich historisch entwickelte und ausdifferenzierte. Zur Veranschaulichung soll zunächst der standardisierte Ablauf einer Organspende, wie er 1992 in zwei praktischen Leitfäden[164] und einer medizinischen Publikation[165] beschrieben wurde, in groben Zügen dargestellt werden:

Am Anfang steht die Identifikation eines Patienten mit Verdacht auf Hirntod. Anhand definierter Ausschlusskriterien stellen die Ärzte anschließend fest, ob der Patient überhaupt als Spender in Betracht kommt. Wenn möglich werden die Angehörigen in einer Vororientierung über den kritischen Zustand des Patienten und die Möglichkeit einer Organentnahme vorbereitet. Die Feststellung des Hirntods besteht aus zwei Untersuchungen im Abstand von sechs Stunden. Nach der definitiven Bestätigung des Hirntods erfolgt das Gespräch mit den Angehörigen. Haben diese die Erlaubnis zu einer Organentnahme erteilt, beginnt die Suche nach einem geeigneten Empfänger. Beim Organspender werden spezifische Abklärungen vorgenommen – unter anderem eine Gewebetypisierung zur Feststellung der immunologischen Kompatibilität mit potentiellen Empfängern. Gleichzeitig findet die Spenderkonditionierung statt: die Therapie und Pflege des Hirntoten mit dem Ziel, die Funktionsfähigkeit der Organe bestmöglich zu erhalten.

Bis mit der eigentlichen Entnahmeoperation begonnen werden kann, kann es über 24 Stunden dauern. Der Hirntote wird auf dem Operationstisch festgebunden und erhält muskelentspannende Medikamente und Narkosemittel, um Bewegungen (sogenannte Reflexe) zu verhindern. Bauch und Brust werden geöffnet, die Organe freigelegt. Noch bevor die Organe entnommen werden, beginnt ihre Konservierung: Die Organe werden mit speziellen Flüssigkeiten durchspült und gekühlt. Während der Operation müssen die vitalen Funktionen aufrechterhalten werden – je nach Bedarf mit der Verabreichung von Medikamenten, Flüssigkeiten oder Blut. Bei einer Multiorganentnahme, bei der mehrere Organe entnommen werden, reisen oft die Transplantationschirurgen an, um das von ihnen zu transplantierende Organ – in festgelegter Reihenfolge – gleich selber zu entnehmen und abzutransportieren. Der allfällige Transport zum Empfänger erfolgt auf der Straße oder in der Luft. Es muss schnell gehen: Die Organe können ohne Blutversorgung nur zwischen sechs (Herz und Lunge) und 72 (Niere) Stunden überleben. Derweil wird das Äußere des Spenders so gut wie möglich wiederhergestellt.

Der Weg eines Organs von der Identifizierung eines potentiellen Organspenders auf der Intensivstation bis zur Ankunft beim Empfänger war also komplex und zeitlich wie räumlich dispers. Vorerst werden wir uns auf den Kern der Organspende, auf die eigentliche Transformation vom menschlichen Körper zur medizinischen Ressource konzentrieren, die sich bei der postmortalen Organspende gewöhnlich in der Intensivstation eines Krankenhauses[166] vollzog. In dieser Abteilung verwandelten sich schwer verletzte Patienten in Organspender, deren Körper dann im Operationssaal geöffnet und fragmentiert wurden. Dazwischen wurden sie – als notwendige Voraussetzung der Organentnahme – als hirntot diagnostiziert. Während des gesamten Prozesses blieben sie an einer Herz-Lungen-Maschine angeschlossen und wurden künstlich beatmet; nur so blieben ihre Organe bis zur Entnahme durchblutet, lebendig und damit als Ersatzorgan nutzbar.

Hintergründe und Forschungsthesen

Neben den Patienten bzw. Organspendern gab es zwei weitere Akteur-Gruppen, die in diese Geschehnisse involviert waren: das medizinische Personal und die Angehörigen der Spender. Alle drei Gruppen standen miteinander in einer bestimmten Beziehung: Das medizinische Personal betreute die Patienten/Spender.[167] Die Angehörigen bangten und trauerten um die Patienten/Spender und mussten über deren Organspende entscheiden, sofern diese ihren Willen nicht schriftlich festgehalten hatten. Das medizinische Personal begleitete die Angehörigen und bat sie als die eigentlichen Adressaten des Organbegehrens im Gespräch um die Organspende. Alle drei Beziehungen, so werde ich im Folgenden aufzeigen, bargen Potential für Konflikte.

»Im Spenderspital treten rund um Hirntod und Organspende grosse emotionale Probleme auf. Das Personal erlebt immer wieder grosse seelische Last, vorerst um das Leben eines meist jungen Menschen zu kämpfen, den Kampf zu verlieren, die verzweifelten Angehörigen zu begleiten und gleich noch das schwierige Gespräch über Hirntod und Organspende zu führen«, schrieb 1995 der Leiter der Intensivstation des Rätischen Kantons- und Regionalspitals an die Stiftung Swisstransplant.[168] Während sich Hinweise auf derartige Probleme in den Quellen aus den 1970er und 1980er Jahren nur selten finden, wurde ab den 1990er Jahren vermehrt thematisiert, dass die Organspende für die Beteiligten emotional belastend sei – nicht nur in internen Dokumenten. Es war in erster Linie das Pflegepersonal, das die emotionalen Schwierigkeiten rund um die postmortale Organspende an die Öffentlichkeit trug. 1990 kritisierte der Schweizer Berufsverband für Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) die Organspende-Kampagne von Swisstransplant, die auch von der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) und dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) unterstützt wurde. In einer Stellungnahme kommentierte der SBK die Forderung, dass es wichtig sei, das Pflegepersonal zu motivieren, folgendermaßen:

»Aber es sind die Pflegenden, die sowohl mit den Problemen des Organempfängers als auch mit denjenigen des Spenders und seinen Angehörigen konfrontiert sind. Sie sind es, die den Angehörigen eines ›Hirntoten‹ bei deren Besuchen versichern müssen, dass dieser wirklich tot ist, obwohl er noch atmet und warm ist. Und sie müssen schliesslich erklären, dass man nun die Apparate abstellt und die Organentnahme erfolgt.«[169]

Der Aufruf zur Organspende, so die SBK, ignoriere die ethischen Probleme der Transplantationen, von denen die Pflegenden besonders betroffen seien. In einem Interview sowie an einem öffentlichen Symposium über Transplantation erzählten Pflegende, sie hätten oft das Gefühl, emotional auf der Strecke zu bleiben.[170] Fehle die Zeit für Teamgespräche, so steige die Frustration.[171] An einem anderen Symposium bemängelten Pflegende die ungenügende Vorbereitung auf die Pflege von Hirntoten und forderten eine ethische und psychologische Anlaufstelle.[172] Die erste Version der SAMW-Richtlinien für die Organtransplantation von 1994 erwähnte die »ausserordentlich schwere psychologische Belastung« der Pflegepersonen.[173] Auch Angehörige berichteten, wie wir sehen werden, von gefühlsmäßigen Irritationen im Verlauf des Organspende-Prozesses.

Weshalb wurden die Geschehnisse rund um Hirntod und Organentnahme von den beteiligten Akteuren als emotional belastend beschrieben? Diese Frage beschäftigt uns in diesem Teilkapitel. Die Literatur hält Antworten parat. Laut der Historikerin Anna Bergmann geht die Organentnahme bei einem Hirntoten mit zwei Tabuverletzungen einher, die im Bewusstsein der Betei-

ligten als »kollektives Wissen« verankert seien, und von ihnen immer wieder von neuem vollzogen und akzeptiert werden müssten. Das erste Tabu betrifft das Tötungsverbot. Es wird tangiert, wenn die Beteiligten das Hirntodkonzept nicht akzeptieren, sondern am Herztod als Zeitpunkt eines abgeschlossenen Sterbeprozesses festhalten. In diesem Fall erzeuge die Organentnahme am hirntoten Spender ein Tötungsbewusstsein und rufe Schuldgefühle hervor. Auch wenn der Hirntod als endgültiger Tod anerkannt werde, so Bergmann, so werde ein zweites Tabu überschritten, wenn der tote Körper verstümmelt werde. Es handle sich um das Tabu, das auch in der Kultur der Moderne den Toten vor der Bemächtigung anderer in seinem »unberührbaren ›heiligen‹ Status« schütze. Dieses Tabu sei auch gesetzlich als Verbot der Leichenschändung bzw. als Verbot der »Störung der Totenruhe« verankert. Die Verstümmelung des Leichnams sei – auch wenn sie wissenschaftlich fundiert sei – mit Ekel, Angst und vor allem Schuld beladen.[174]

Auch der Historiker Armin Heinen spricht von einer sozialen Norm der Achtung der Leiche und einem Tabu der Leichenschändung, das vor allem dann wirksam sei, wenn die Integrität des Körpers verletzt werde. Die Organspende Hirntoter durchbreche dieses Tabu in vielfacher Weise. Heinen betont aber die historische Kontingenz dieses Tabus: Die Verwertung von toten Körpern sei keinesfalls ausgeschlossen, bedürfe aber – wie etwa bei der Organspende – einer kulturellen Neubestimmung des gesellschaftlichen Umgangs mit Leichen.[175]

Ein zweiter Ansatz, den ich bereits in der Einleitung referiert habe, sieht den Schlüssel zum Verständnis der Problematik der Organspende in der Diskrepanz zwischen Körper und Leib, in der »Ambivalenz zwischen Fühlen (Erfühlen der Leiblichkeit) und ›Wissen‹ (um den Hirntod, d.h. das Vorhandensein des blossen Körpers)«. Die naturwissenschaftlichen Kriterien des Hirntods seien in der subjektiven und sinnlichen Erfahrungsdimension der Leiblichkeit nicht zu begreifen.[176] Vor dem Hintergrund dieser Thesen soll nun die Praxis der Organspende anhand der mir vorliegenden Quellen genauer in den Blick genommen werden. Ich werde untersuchen, wie die Irritationen rund um Hirntod und Organentnahme im Sprechen der beteiligten Akteure beschrieben und begründet wurden. Dabei interessiere ich mich vor allem dafür, wie der Spender-Körper in diesem Sprechen konzipiert wurde. Ich konzentriere mich zuerst auf das medizinische Personal und dann auf die Angehörigen.

Unvereinbare Körperbilder

Die Besonderheit der Pflege von hirntoten Organspendern besteht darin, dass sie auch über den Tod hinaus weitergeht. Auf den Kampf um das Leben der Patienten folgt unmittelbar ihre Konditionierung zur Organspende. Zwei Pfle-

gerinnen am Universitätsspital in Lausanne beschrieben diesen abrupten Perspektivenwechsel folgendermaßen: »Bei einer Hirntod-Diagnose ändert sich das Verhältnis der Pflegerinnen und Pfleger zum Patienten radikal. Die Pflege des Patienten konzentriert sich nicht mehr auf das menschliche Wesen vor einem sondern auf die Organe, die der Patient spenden will.«[177] Eine Schweizer Studie spricht in diesem Zusammenhang von einem widersprüchlichen Charakter der Pflege von Hirntoten: Die Person, die man gepflegt und behandelt habe, um ihr Leben zu retten und ihre Schmerzen zu lindern, werde – ohne ihr Aussehen zu verändern – zu einer Art Organreservoir, dessen Funktion mit technischen und organisatorischen Mitteln aufrecht erhalten werden müsse.[178]

Die Transformation vom Patienten zum Organspender geht also mit einem Wechsel der Sichtweise auf seinen Körper einher, der sowohl den Zweck der Betreuung des Körpers wie auch das zugrunde liegende Körperbild betrifft: Vor dem Hirntod ist der Körper die Manifestation eines »menschlichen Wesens«, Träger der Identität eines Individuums; seine Integrität, so das Ziel der medizinischen Betreuung, muss bewahrt werden. Nach dem Hirntod richtet sich das Interesse der Betreuung ganz auf die Organe als wertvolle medizinische Ressourcen; der Körper ist zwar weiter lebendig und menschlich, verkörpert aber nicht mehr länger eine Identität, eine Person, ein Individuum; er erscheint als depersonalisiert und fragmentiert.[179]

Der Perspektivenwechsel ist die Voraussetzung, einen menschlichen Körper bei der Organentnahme aufschneiden und aushöhlen zu können. Voraussetzung dieses Perspektivenwechsels wiederum ist die Gewissheit, dass mit dem Hirntod auch die Person, das Individuum zu existieren aufgehört hat. Das Konzept des Hirntods beruht auf einem dualistischen, cartesianischen Modell, das den Menschen in einen übergeordneten geistigen und einen untergeordneten materiell-körperlichen Teil aufspaltet.[180] Die Seele sitze im Gehirn, rechtfertigte ein Zürcher Spezialist für Herztransplantationen die Organentnahme bei Hirntoten. Wenn das Gehirn weg sei, sei auch die Persönlichkeit weg. »Es existieren nur noch Organe, aber nicht mehr der Mensch.«[181] Der vom medizinischen Personal geforderte Perspektivenwechsel könnte in einer körpergeschichtlichen Sichtweise gefasst werden als Umschalten von einem materialistischen, monistischen Körperbild, das den Körper mit dem Menschen identifiziert, zu einem dualistischen Körperbild, das den Körper ohne Gehirn als reine Ansammlung von Organen konzipiert.

Die dualistische Körpervorstellung hat im abendländischen Denken eine lange Tradition: Seit Descartes und Kant wurde das spezifisch Menschliche mit der Vernunft gleichgesetzt.[182] Diese Konzeption bietet kaum Argumente, einen von jedem Bewusstsein, Geist und Vernunft losgelösten, reinen Körper zu schützen. Dies verhält sich anders, wenn in einer monistischen Sichtweise nicht die Dominanz einer höheren Körperfunktion wie einer Seele, eines Gehirns oder eines Bewusstseins hervorgehoben, sondern im Körper überhaupt

die zentrale Referenz für das Individuum und seine Werte gesehen wird. Diese in der Moderne sehr wirkmächtige Vorstellung, die in der europäischen Aufklärung entstanden ist, konstruiert den Körper als wertvollen Besitz, den es zu pflegen, zu verbessern und zu schützen gilt.[183] Die Verletzung der Integrität eines lebenden Körpers muss in dieser Perspektive als problematisch erscheinen. Auch die ärztliche Pflege eines kranken Patientenkörpers basiert auf diesem Körperbild. Sie zielt darauf ab, die körperliche Integrität zu schützen oder wiederherzustellen. Im Prozess der Organspende prallen diese beiden Körperbilder unvermittelt aufeinander.

Die Hirntod-Diagnose bildet den Kipppunkt, an dem sich ein »menschliches Wesen« in ein »Organreservoir« verwandelt. Das Umschalten zwischen den beiden Sichtweisen auf den Spender-Körper wird dadurch erschwert, dass sich dieser Körper in seiner Erscheinung nicht verändert. Rein äußerlich, so die Lausanner Pflegenden, könne ein Hirntoter nicht von einem lebenden Patienten unterschieden werden.[184] Da sich der Hirntod auf einer phänomenalen Ebene nicht manifestiert, fehlen körperliche Zeichen, die eine neue Deutung des Status dieses Körpers nahelegen würden. Umso wichtiger waren andere Formen, den Tod zu visualisieren, vor allem die Elektroenzephalographie (EEG), bei welcher der Hirntod auf einem Monitor mit einer Null-Linie angezeigt wird.[185]

Hirntote Organspender seien ungewöhnliche Tote, erzählte eine Pflegerin des Berner Inselspitals. »Sie brauchen Pflege und Betreuung. Sie fühlen sich warm an. Sie atmen, d.h., sie werden mit dem Respirator behandelt. Oft beobachten wir Zuckungen, sogenannte Rückenmarksreflexe. Dies alles bewirkt, dass ich in Versuchung komme, mit dem Patienten zu sprechen.«[186] Eine andere Pflegende berichtete über die Betreuung von Hirntoten: »Der tote Mensch hat aber weiterhin einen Kreislauf, er schwitzt, hat Speichel und Ausscheidungen, er hat beispielsweise Bartwuchs, und wir rasieren ihn weiter.«[187] Die Arbeit »mit totscheinenden Lebenden und lebendig scheinenden Toten«,[188] bei der gewohnte Kategorien und Grenzen der medizinischen Pflege aufgehoben werden, wurde von den Betroffenen als irritierend und emotional belastend beschrieben. »Wir können es rational erklären, aber die Tatsache bleibt bestehen: Wir pflegen einen toten Körper.«[189]

»switch around«-Problem und Interessenkonflikte

Die Schwierigkeit, vom verlorenen Kampf um das Leben des Patienten umzuschalten auf Maßnahmen zur Erhaltung und Verwertung der Organe, bezeichnet der Soziologe Günter Feuerstein als »switch around«-Problem.[190] Dieses ist für die Pflegenden besonders schwerwiegend, da sie die Patienten über den ganzen Prozess hinweg eng begleiten und dabei den Wandel vom Menschen zur medizinischen Ressource miterleben. Die Ärzte, so erzählte eine Pflegen-

de, hätten es leichter; die Begegnungen mit dem Patienten beschränkten sich auf wenige Minuten.[191] Trotzdem sind auch sie vom »switch-around«-Problem betroffen. Es könnte eine Erklärung für die oft beklagte Zurückhaltung der auf der Intensivstation tätigen Ärzte sein, ihre in den Hirntod abgleitenden Patienten als Organspender zu melden.[192] In diese Richtung zielt die Aussage eines Zürcher Transplantationschirurgen, der das starke Engagement seiner Kollegen für ihren Patienten als mit ein Grund für den Mangel an Spenderherzen bezeichnete: »Sie schöpfen die allerletzte auch hoffnungslose Möglichkeit aus. So dass, wenn wir dann gerufen werden, die sekundären Schädigungen so weit fortgeschritten sind, dass es für eine Transplantation zu spät ist.«[193]

Dass Intensivmediziner Interessenkonflikten ausgesetzt waren und die Interessen ihrer Patienten gegenüber den Ansprüchen des Transplantations-Teams verschiedentlich zu verteidigen suchten, zeigen auch Aussagen aus Oral History-Interviews mit Schweizer Ärzten zur klinischen Praxis von Hirntod und Organtransplantation in den 1960er und 1970er Jahren. Der Leiter der medizinischen Intensivstation einer Schweizer Universitätsklinik erzählt von Konflikten aufgrund seiner Bemühungen, seine sterbenden Patienten gegen auf eine Organspende zielende Interventionen abzuschirmen: »[...] wie weit darf man den Spender nur im Hinblick auf die Organerhaltung behandeln, aber nicht im Sinne des Spenders, und das würde ich ablehnen heute [sic!]. Also bis zum Hirntod oder bis zur Feststellung des Todes ist alleine der Spender im Auge zu behalten und danach, unmittelbar danach, sind alleine die Organerhaltungen zu Gunsten des potentiellen Empfängers [...] zu behandeln oder in Erwägung zu ziehen.« Ein anderer Intensivmediziner berichtet von seiner Irritation über »die direkte Einmischung« eines auf die Transplantation spezialisierten Nephrologen, der die Intensivstation nach potentiellen SpenderInnen auskundschaftete. Der betreffende Nephrologe wiederum erzählt, dass er mit dem »Schnüffeln« aufgehört habe, nachdem ihn eine Intensivpflege-Schwester als »Nierengeier« bezeichnet habe.[194]

Der Begriff des »Geiers« war offenbar ein verbreiteter Topos, taucht er doch auch in mehreren schriftlichen Quellen auf. Im Anfangsstadium der Organtransplantation, so gab etwa eine Intensiv-Pflegende 1990 zu Protokoll, seien »Organgeier« auf der Abteilung vorbeigekommen, um nach passenden Organen Ausschau zu halten. Zum Teil seien »wirklich« schon Transplanteure da gewesen, bevor die Patienten Hirntod waren. Das sei »heute« aber absolut vorbei.[195] Die divergierenden Ansprüche – die Pflege von schwerverletzen Patienten einerseits und der frühzeitige Zugriff auf Spenderorgane andererseits – führte zu Konflikten.

Auch die Pflegenden, welche im Operationssaal bei der eigentlichen Organentnahme assistierten, bewerteten diese Arbeit in Interviews mitunter als belastend. Einige Pflegende, so berichteten Beteiligte, zögen es vor, bei der Organentnahme nicht mitzuwirken – dies in erster Linie, weil die Bedingun-

gen im Operationssaal den Toten zu wenig respektierten. Manche äußerten den Wunsch, dass der körperlichen Wiederherstellung des Spenders nach der Entnahmeoperation mehr Bedeutung beigemessen würde, oder dass ein Ritual eingeführt würde, das es erlaubte, die Anerkennung für die gestorbene Person auszudrücken.[196] Als problematisch wurde offenbar beurteilt, dass die Behandlung des toten Spenders nicht dem gewohnten, kulturell eingeübten Umgang mit Verstorbenen entspricht.

Die Aussagen der OP-Pflegenden waren aber keineswegs eindeutig: Manche bezeichneten die Organentnahme als Operation wie jede andere, und beschrieben ihre Tätigkeit als sinnvoll, etwa indem sie sie als Verlängerung des Willens des Spenders oder als Beitrag zur Heilung des Empfängers deuteten.[197] Überhaupt, so betonten mehrere Pflegende, bleibe angesichts der intensiven Arbeit kaum Zeit über Leben und Tod des Spenders nachzudenken. Unangenehm werde es nur dann, wenn man zur Konfrontation mit dem toten Körper gezwungen sei: »Der schwierigste Moment für mich ist, wenn der Spender noch im Operationssaal liegt, die Apparate alle abgestellt sind, die Chirurgen weggehen und wir mit den Toten allein sind«, erzählte eine OP-Pflegende. »Oder auch vorher, wenn der Spender hereingeschoben wird, aber noch nicht mit Tüchern abgedeckt ist, da wird man quasi gezwungen, wirklich hinzusehen, den ganzen Menschen zu sehen. Deshalb ist es für mich ein Schutz, wenn alles bis auf das Operationsfeld abgedeckt ist.«[198]

Die Perspektive der Angehörigen

Die Gefühle der Angehörigen seien bei der Vorbereitung für eine Organentnahme durch die allgemeinen Umstände des Todes besonders belastet, hielten die SAMW-Richtlinien zur Todesfeststellung von 1996 fest.[199] Der »switch-around«, der abrupte Wechsel der Perspektive auf den Spender-Körper, ist für die Angehörigen noch schwieriger vollziehbar, da sie einerseits in einem persönlichen Verhältnis zum Spender stehen, und ihnen andererseits die Praktiken der Organentnahme und die ihnen zugrunde liegenden medizinisch-wissenschaftlichen Konzepte nicht vertraut sind. Intensiv-Pflegende des Zürcher Universitätsspitals berichteten, dass der Hirntod und die Planung der Organentnahme die Angehörigen völlig überfordern würden. »Der Tod ist für die Angehörigen in dieser Phase noch gar nicht Realität.«[200] Dies manifestiert sich auch in einem Bericht über ein Gespräch mit den Eltern eines jugendlichen Nierenspenders. Die Vorstellung, so die Eltern, man könne von einem nahen Angehörigen, insbesondere einem Kind, so lange es beatmet würde, Abschied nehmen, sei unmöglich, weil es unter der Beatmung immer noch als lebend wahrgenommen werde. Ganz gleich, wie man zur Hirntodesfrage stünde, dominiere hier das Gefühl und nicht der Verstand.[201]

Abgesehen von den grundlegenden Zweifeln am Hirntod-Konzept, welche die Eltern äußern,[202] erwies sich laut dem Bericht vor allem die Diskrepanz zwischen dem vorgegebenen, medizinisch-wissenschaftlich Prozess der Organspende und den Erwartungen der Angehörigen als problematisch. So beklagen die befragten Eltern, dass sie nicht ungestört und ohne Zeitdruck von ihrem Kind Abschied hätten nehmen können. Durch die Nierenentnahme sei ihnen die Begleitung im Todesprozess sowie die für den Trauerprozess so wichtige Mithilfe bei der Zubereitung der Leiche verwehrt worden.[203]

Die Lausanner Intensivpflege-Schwestern beschrieben dieses Phänomen ebenfalls: Die absolute Stille, die gewöhnlich nach einem Todesfall herrsche und Teil eines Rituals sei, gebe es im Falle eines Hirntodes nicht. Das hindere die Familie und das Pflegepersonal daran, um den Patienten zu trauern.[204] Diese Problematik floss in die SAMW-Richtlinien zu den Todesfeststellungen mit Bezug auf die Organtransplantation von 2005 ein, wo sie wie folgt erklärt wird:

»Sterbeprozess und Tod sind natürliche Vorgänge; in den meisten Fällen existiert kein äusserer Anlass, den Ablauf dieser Prozesse zu beeinflussen, und es besteht kein Druck auf Angehörige oder Betreuende, weder zeitlich noch psychologisch. Die Trauer der Angehörigen kann daher in Ruhe vor sich gehen wie es der Achtung der Würde des Sterbenden oder Verstorbenen entspricht. Eine vorgesehene Organtransplantation interferiert hingegen mit diesen natürlichen Prozessen, sei es durch zeitliche Zwänge, sei es durch Handlungen, Untersuchungen und Eingriffe.«[205]

Der Handlungsablauf der Organgewinnung verunmöglicht demgemäß die kulturell etablierte und eingeübte Form des Sterbe- und Trauerprozesses, die hier als »natürlich« apostrophiert wird.

Zwei Beispiele

Dass Angehörige den Prozess der Organspende mitunter als emotional belastend beschrieben, und welche Rolle dabei die Interaktion mit dem medizinischen Personal spielte, soll nun anhand zweier Beispiele verdeutlicht werden. Beide Fälle verdanken ihre Verschriftlichung der Tatsache, dass die Angehörigen die Umstände der Organentnahme nachträglich kritisierten und diesbezüglich aktiv wurden.[206]

Beim ersten Beispiel handelt es sich um einen Artikel des *Blick*-Journalisten Helmut-Maria Glogger in der Transplantierten-Zeitschrift *Re-naissance* von 1993. Er schildert darin den mehrtägigen Weg seiner hirntoten Ehefrau zur Organspende ein Jahr zuvor im Triemli-Spital und im Universitätsspital Zürich und gibt seinem Entsetzen Ausdruck »über die menschenverachtende Art und Weise wie mit Organspendern und deren Hinterbliebenen umgesprun-

gen wird.« Trotz seiner umfassenden Kritik am »System der Organtransplantation« betont Glogger seine prinzipielle Befürwortung der Organspende und möchte seinen Beitrag als konstruktiven Denkanstoß verstanden wissen.

Im Zentrum seiner Kritik steht das »diffus« geregelte System und das »menschenverachtende Chaos der Verantwortlichkeiten«. Glogger zeigt sich im Speziellen irritiert darüber, dass seine Frau insgesamt drei Mal für tot erklärt wurde, wobei er zwischenzeitlich wieder Hoffnung geschöpft habe. »Wie oft kann eigentlich ein Mensch sterben?« Warum, so will Glogger wissen, würden Ärzte auf Intensivstationen nicht psychologisch ausgebildet, um den Hinterbliebenen Hilfe zu bieten? Und weshalb würden Tote wie »lästige Organspender« betrachtet und nicht als »stille Persönlichkeiten«?[207]

Das zweite Beispiel bezieht sich auf eine Nierenentnahme im Jahr 1991. Die Eltern des jugendlichen Spenders leiteten sieben Jahre später eine Untersuchung zur Abklärung der Todesumstände ihres Kindes ein. 2001 kam es zu einem Gespräch mit einem beigezogenen Arzt, das dieser in einem vertraulichen Bericht, aus dem ich bereits weiter oben zitiert habe, schriftlich festhielt.[208] Der Bericht sollte aufzeigen, weshalb die Organspende für die Eltern über den eigentlichen Tod des Kindes hinaus »zu einem zusätzlichen Psychotrauma, einem eigentlichen Horror« wurde, der ihre eigene Lebensqualität in den nachfolgenden Jahren zerstört habe.[209]

Ein wichtiger Grund für die nachträgliche Intervention der Eltern war ihr Verdacht, dass ihrem Kind gegen ihren Willen die Augen zum Zweck einer Hornhaut-Transplantation entnommen worden seien. Diese Befürchtungen hätten sich aber, so der berichtende Arzt, »mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit« als unbegründet erwiesen. Das wahre Problem liege anderswo: »Es ist die mangelnde Aufmerksamkeit, das fehlende Einfühlungsvermögen, und vor allem die Konzeptlosigkeit, wie mit den nächsten Angehörigen des Verstorbenen vor und nach der Organentnahme umgegangen wurde.«[210]

So beanstandeten die Eltern die mangelhafte Information und die schlechte Betreuung durch die verantwortlichen Ärzte, die zu falschen Erwartungen und Missverständnissen geführt hätten. Dass es ihnen entgegen dem Versprechen eines Arztes verwehrt blieb, von ihrem toten Kind in würdigem Rahmen Abschied zu nehmen, empfanden sie als »Ungeheuerlichkeit« und als »Schikane«.[211] Zudem sei die erste Todesmitteilung »auf vollständig uneinfühlsame Art« erfolgt, wobei die Frage nach der Einwilligung für die Organspende unmittelbar gefolgt sei. Dem Bericht zufolge fühlten sich die Eltern bei der Entscheidung überfordert und unter Druck: »Die Eltern hatten bis zu diesem Zeitpunkt zwei durchwachte, verzweifelte Nächte hinter sich und fühlten sich unendlich schwach. Nach qualvollem Ringen und unter grössten Nöten willigten sie [...] ein zur Entnahme der Nieren [...]. Danach wurden sie erneut mehrfach nach den anderen Organen gefragt. Nein, habe zuletzt der Vater laut gerufen. Danach erfolgte trotzdem nochmals die Frage nach den Augen.«[212]

Wie auch Glogger im oben beschriebenen Fall beklagten sich die Eltern im Speziellen über die widersprüchlichen Todesmitteilungen. Am Dienstagmorgen sei der Mutter mündlich mitgeteilt worden, ihr Sohn sei tot. In den Krankenakten sei der Eintritt des Hirntodes am Mittwochmorgen um 8.30 Uhr eingetragen. Im »Nekrorapport« beider Nieren sei der Tod am Mittwoch um 12 Uhr festgehalten. »Der Vater meint«, so heißt es im Bericht, »dieser lockere Umgang mit den Todes-Zeitpunkten hinterlasse den Eindruck von Willkür.«[213] Die widersprüchlichen Todeserklärungen verweisen auf die zeitliche Kontingenz der Todes-Diagnose im Prozess der Organspende. So war der rechtliche Todeszeitpunkt auch anlässlich der Ausarbeitung und Publikation der SAMW-Richtlinien von 1996 umstritten.[214] Der Vater interpretierte diese zeitliche Kontingenz als Ausdruck einer medizinischen Willkür. Im Moment der Hirntod-Diagnose, so deutet sich hier an, war die Macht der Medizin, ihre Deutungshoheit über Leben und Tod, in besonders konkreter Weise fassbar.

Die Aussprache zwischen dem Arzt und den Eltern endete laut dem Bericht wenig einvernehmlich. Der Arzt schildert, wie seine positiven Erfahrungen mit der Organtransplantation bei den Eltern »stumpf abprallen«. Diese betonen abschließend ihr großes Erschrecken, dass der den Hirntod sterbende Mensch wie ein recycelbarer Gegenstand angesehen und benutzt werde. Sie weisen auf die Gefahr hin, dass der Mensch nicht mehr in seiner Ganzheit gesehen werde, sondern dass seine Körperteile separiert und nach Brauchbarkeit bewertet würden. Demgegenüber hält der Arzt fest, dass das durch die Organspende vermittelte Lebensgeschenk wichtiger erscheine, als die Wahrung der Ganzheit der verstorbenen Spender bei ihrer Kremation. »Recycling hört sich furchtbar an, aber ich kann nichts Verwerfliches daran finden, dass jenen Hirntoten noch lebensfähige Nieren entnommen und Kranken dadurch ein glückliches Leben geschenkt wurde.«[215]

Das Scheitern der Symbolisierung

In diesen letzten Voten scheint die Spannung auf, die der Kultur-Anthropologe Paul Rabinow als besonderes Merkmal des Westens bezeichnet: Die Spannung, die »zwischen dem Körper als einem blossen Ding der triumphierenden Wissenschaft und Technik einerseits und dem nach wie vor gegenwärtigen Gefühl andererseits besteht, dass der Körper und seine Teile stets mehr sind als blosse Sachen.«[216] Die erfolgreiche Transformation von Menschen in medizinische Ressourcen in der Intensivstation bedingt nicht nur eine medizinisch-chirurgische, sondern immer auch eine symbolische Arbeit: Aus einem Körper als Verkörperung einer Person (die mehr ist, als eine bloße Sache) wird ein depersonalisierter und fragmentierter Körper (eine bloße Sache) hergestellt.

Die in den Zeugnissen der an der Organspende Beteiligten geschilderten Irritationen und Konflikte verweisen darauf, dass es nur bedingt gelang, das

Erlebte bruchlos zu symbolisieren und mit Sinn zu versehen. Dies lag darin begründet, dass im Prozess der Organspende unvereinbare Vorstellungen und Konzepte von Körper und Sterben aufeinander prallten, die kaum konfliktlos zu vermitteln waren. Es wäre irrführend, darin eine Diskrepanz zwischen dem intellektuellen Verstehen auf der Ebene des Körperwissens und der sinnlich-subjektiven Erfahrung auf der Leibebene zu erkennen. Die unterschiedlichen Modelle von Körper und Sterben betreffen alle sowohl die sinnliche wie auch die kognitive Ebene. Auch alltägliche und biomedizinische Körperbilder bestehen nicht unabhängig voneinander, sondern modellieren sich gegenseitig.[217]

Bergmanns These vom Tötungs-Tabu und dem Tabu der Leichenschändung, die im Rahmen der Organspende überschritten würden, bestätigt sich – zumindest im weitesten Sinne: Ein Verstehen und Akzeptieren des Hirntod-Konzepts bildete zweifellos die Voraussetzung, um die postmortale Organspende als sinnvollen Prozess zu deuten. Ebenso erwies sich der Umgang mit dem toten Körper im Zuge dieses Prozesses in dem Masse als irritierend, als er von einem gewohnten, kulturell eingeübten Umgang abwich.

Es gilt aber, in Anschluss an Heinen die historische Kontingenz und Uneindeutigkeit der kulturellen Tabus zu betonen: So bewerteten, wie wir gesehen haben und noch sehen werden, die beteiligten Akteure die Verwertung und Desintegration des toten Körpers im Prozess der Organspende oft als einleuchtend und verständlich. Der Fokus sollte also nicht auf eine – bei Bergmann als problematisch erscheinende – Tabuverletzung gerichtet werden, sondern vielmehr auf die Frage, inwiefern sich die Vorstellungen und Konzepte, auf denen die Transplantationsmedizin beruhte, etablierten und mit ihnen unvereinbare, kulturell wirkmächtige Deutungen überlagerten oder verdrängten. Oder anders gefasst: Inwieweit gelang es, Phänomene und Erfahrungen wie der Hirntod oder das Aufschneiden des Spenderkörpers erfolgreich in eine Sprache zu übersetzten, die sowohl mit der Praxis der Transplantationsmedizin als auch mit dem Sinnhorizont aller Beteiligten bruchlos kompatibel war?

Die beiden oben dargestellten Fälle zeugen vom Scheitern der symbolischen Arbeit. Es ist innerhalb des Dispositivs der Organspende nicht gelungen, etwa mit einer geschickten Betreuung der Angehörigen die Widersprüche der Körper- und Sterbe-Modelle sowie die Kluft zwischen der Praxis der Organgewinnung und den Erwartungen der Angehörigen zu schließen oder zumindest zu verringern. Die Dissonanzen wurden – etwa durch irritierende und mehrfache Todeserklärungen – gar noch betont.

Selbst dem Journalisten Glogger, der mit den wissenschaftlich-medizinischen Konzepten der Organspende bestens vertraut war, gelang angesichts der »existentiellen« Erfahrung des Hirntods seiner Frau die bruchlose symbolische Übersetzung seiner Gefühle in den medizinischen Diskurs der Organspende nur teilweise. Seine Zweifel und Irritationen kristallisierten sich in einer Kritik am System der Transplantationsmedizin und dessen Akteure. Und

die Eltern des zweiten Falles blieben, konfrontiert mit den für sie unfassbaren Ereignissen rund um die Organspende ihres Kindes, erst einmal sprachlos: »Das rasche Verlassen des Kindes ohne Abschied erfülle sie heute noch mit Scham. Diese Scham sei es auch gewesen, weshalb sie viele Jahre lang über das Thema nicht hätten sprechen können, weder zusammen, noch mit den Angehörigen. Als sie in den Fernsehsendungen die Debatten rund um das Deutsche Transplantationsgesetz gehört und den Zweifel selbst einiger Ärzte am Hirntod-Konzept vernommen hätten, sei ihr Entschluss entstanden, eine Abklärung einzuleiten.«[218] Das Erleben der Eltern ließ sich nicht einfach in einen medizinischen Diskurs übersetzen, der ihnen unbekannt war und der ihnen im Krankenhaus nicht vermittelt wurde. Erst als sie den öffentlichen Diskurs über die Organspende kennen lernten, war ihnen eine nachträgliche Symbolisierung ihrer Erfahrungen möglich, indem sie in diesen Diskurs eintraten – auf der Seite der Organspende-Skeptiker.

Auch die Pflegenden rangen angesichts der Erfahrung mit dem hirntoten Spender um Worte. Verschiedentlich manifestiert sich in ihren Aussagen die Schwierigkeit, das Erlebte zu symbolisieren: »Es ist ein eigenartiges Gefühl und sehr schwer auszudrücken, was es bedeutet, einen toten Menschen zu pflegen.«[219] Eine andere Intensiv-Pflegende kommentierte den Umstand, dass bei einer Transplantation das Weiterleben des Empfängers den Tod des Spenders voraussetzt, wie folgt: »Es ist schwierig, den Tod und das Leben so in einem Atemzug zu nennen. Es hat irgendwie etwas Irrationales. Man verdrängt das gerne.«[220] An solchen Stellen zeigt sich ein Riss, eine Lücke zwischen dem, was verständlich ist und sprachlich repräsentiert werden kann, und dem emotionalen Rest, der in dieser Repräsentation nicht aufgeht, der sich nicht in Sprache auflösen lässt. So erzählte eine Pflegende über ihr Unbehagen, wenn sie zuerst den hirntoten Spender und nur wenige Stunden später den Empfänger von dessen Organ betreuen muss: »Je comprends rationellement ce qui se passe. Mais au niveau émotionnel, cette succession me pèse. Je ressens un conflit intérieur que je ne sais comment résourdre. Je n'arrive pas à expliquer mon malaise.«[221] Diese Unfähigkeit zur Erklärung, diese Sprachlosigkeit verweist auf das Reale im Prozess der Organspende – das Traumatische, Verstörende und Nicht-Symbolisierbare rund um den Tod sowie die Verletzung und Verwertung des Körpers, das in den Diskurs einbricht und zu neuen Symbolisierungen zwingt.

Dass die öffentliche Problematisierung der emotionalen Probleme rund um die Organspende durch die beteiligten Akteure vermehrt ab den frühen 1990er Jahren erfolgte, ist kein Zufall. Die hier analysierten Aussagen der Beteiligten gingen mit einem Wandel im öffentlichen Sprechen über die Organspende einher, in dessen Zuge – wie wir im sechsten Kapitel sehen werden – die Organspende im Allgemeinen und das Hirntod-Konzept im Speziellen aus moralischer Perspektive vermehrt kritisch hinterfragt wurden. Die Aussagen

beförderten diesen Wandel, und wurden gleichzeitig durch ihn erst ermöglicht – indem er die sprachlichen Mittel bereit stellte, um dem Unbehagen einen Ausdruck zu geben.

Gefahren für die Organbeschaffung

Beide oben analysierte Fälle, in denen die Angehörigen die Umstände der Organentnahme kritisierten, wurden mit der expliziten Absicht schriftlich festgehalten, aus den begangenen Fehlern zu lernen und wirksame Maßnahmen zu treffen. Beide Erfahrungsprotokolle wurden den verantwortlichen Krankenhäusern vorgelegt. Der Bericht über den zweiten Fall wurde darüber hinaus Swisstransplant und der SAMW unterbreitet, wo er auf großes Interesse stieß. Wie der Korrespondenz zu entnehmen ist, flossen die Erkenntnisse des Berichts in die Abfassung der Hirntod-Richtlinien der SAMW ein, die 2005 publiziert wurden.[222]

Die emotionalen Probleme, die bei einer postmortalen Organspende im Beziehungsgeflecht von Organspender, Angehörigen und medizinischem Personal entstehen, beschäftigten die Transplantationsmedizin freilich nicht nur aus Sorge um die Gefühle der Beteiligten. Aus deren psychischer Belastung, so konstatiert ein früherer Entwurf von 2001 für die 2005 publizierten SAMW-Richtlinien zur Feststellung des Todes, würden ernst zu nehmende Widerstände gegen Organentnahmen erwachsen.[223] Es wurde also befürchtet, dass sich die Konflikte negativ auf die Organbeschaffung auswirken – sowohl in einer kurzfristigen wie auch in einer langfristigen Perspektive. Kurzfristig könnten emotionale Irritationen die Gefahr einer Verweigerung der Organspende durch die Angehörigen erhöhen. Überfordertes und frustriertes Personal sowie eine mangelhafte Kommunikation zwischen dem Personal und den Angehörigen, so ergaben Studien, senkten die Zustimmungsraten.[224] »Transplantation kann ohne motiviertes Pflegepersonal nicht erfolgreich sein«, heißt es in einem praktischen Leitfaden für das Operationspersonal von 1992.[225]

Längerfristig fürchtete die Transplantationsmedizin einen Imageschaden und einen Vertrauensverlust, die sich wiederum negativ auf die Spendebereitschaft niederschlagen würden. Die Eindrücke der Angehörigen, so stellt der deutsche Soziologe Torsten Junge fest, flössen in den Diskurs über die Organspende ein und von dort zurück in die medizinische Praxis.[226] Der Verfasser des vertraulichen Berichts von 2001 betonte in einem Brief, dass solche Fälle, die auch an anderen Schweizer Krankenhäusern passieren könnten, einen schlimmen Effekt nicht nur für die Psyche der Angehörigen, sondern auch für den Ruf der Transplantationsmedizin hätten. So hätten die Eltern des jugendlichen Nierenspenders am Kirchentag einen Stand betrieben, um die Öffentlichkeit über ihre Erlebnisse als Organspender-Angehörige zu orientieren.[227]

Im nächsten Teilkapitel werde ich der Frage nachgehen, wie die Transplantationsmedizin in Anbetracht dieses beträchtlichen Störungspotentials die emotionalen Irritationen und Konflikte rund um die Organentnahme zu minimieren versuchte.

3.4 Legitimierung, Vertrauenssicherung und Kommunikationsstrategien

Wir haben gesehen, dass die praktische Verwandlung von schwerkranken Patienten in verwertbare Organspender keine Selbstverständlichkeit war. Der Prozess der Organspende im Krankenhaus generierte emotionale Irritationen, die das medizinische Personal ebenso wie die Angehörigen betrafen und das reibungslose Funktionieren und den Erfolg der Organbeschaffung gefährdeten. Es gab eine Notwendigkeit, diese emotionalen Probleme zu entschärfen, Vertrauen in die technisch-medizinischen Verfahren der Organbeschaffung herzustellen und den Prozess der Organspende legitimatorisch abzusichern. Welcher Mittel bediente sich das transplantationsmedizinische Dispositiv, um diese Ziele zu erreichen? Wie konnte es Unsicherheiten in Sicherheit überführen?

In Anlehnung an Silke Bellangers und Aline Steinbrechers medizinhistorische Untersuchung zum Umgang mit dem Hirntod in der Schweiz lassen sich drei unterschiedliche Strategien unterscheiden: die Produktion von wissenschaftlichem Wissen, die Standardisierung und Reglementierung der medizinischen Praxis sowie die Regulierung der Subjektivität der beteiligten Akteure.[228] Im Folgenden sollen diese Strategien näher dargestellt werden. Das Schwergewicht liegt dabei auf dem letzten Punkt: Wie wurde versucht, die Zweifel und die Widerstände der medizinischen Akteure abzubauen und sie für ihre Tätigkeit im Rahmen der Organspende zu motivieren? Und welche Maßnahmen wurden ergriffen, um die Kommunikation mit den Angehörigen und ihre Betreuung so zu optimieren, dass diese den Prozess der Organspende nicht behinderten?

Wissensproduktion

Für die Legitimierung und Akzeptanz der Organentnahme grundlegend war es, besonders zwei miteinander zusammenhängende Gewissheiten herzustellen: Erstens musste glaubhaft sein, dass der Hirntod tatsächlich mit dem Tod des Menschen identisch ist, und dass darüber hinaus der Hirntod im Krankenhaus zweifelsfrei festgestellt werden kann. Nur so ist garantiert, dass ausschließlich Toten und nicht Sterbenden oder gar Lebenden Organe entnommen werden. Zweitens brauchte es die Sicherheit, dass nicht aufgrund

des großen Bedarfs an Organen die Betreuung von potentiellen Organspendern vernachlässigt wird. Der Patient, so forderte der deutsche Philosoph Hans Jonas bereits 1968 in einer kritischen Auseinandersetzung mit Hirntod und Organtransplantation, müsse unbedingt sicher sein, dass sein Arzt nicht sein Henker werde.[229]

Es steht also nicht weniger als das Leben und der Tod auf dem Spiel. Je mehr und je größere Risiken eine Institution verwalte, so stellte Ute Frevert in ihrer historischen Spurensuche zum Vertrauen fest, desto wichtiger werde Vertrauen, desto notwendiger sei aber auch »institutionalisiertes Misstrauen« in Gestalt offener Kommunikation und transparenter Kontrolle.[230]

Zunächst wenden wir uns der Frage zu, wie im Umgang mit dem Hirntod Sicherheit hergestellt wurde. Unsicherheiten durfte sich das medizinische Personal kaum erlauben: In der Organtransplantation brauche es mutige Menschen, die, um gute Arbeit zu leisten, unerschütterlich an das glauben müssten, was sie machen, heißt es im Editorial einer Sonderausgabe der Zeitschrift *Krankenpflege* von 1990.[231] Die Notwendigkeit unerschütterlichen Glaubens manifestiert sich auch in der Aussage eines Schweizer Viszeralchirurgen, der gegenüber der *Weltwoche* sein Unbehagen bei der Entnahmeoperation beschrieb. Über dieses helfe »man sich natürlich mit dem Wissen über die Sicherheit der Hirntoddiagnostik« hinweg. »Wenn wir nicht felsenfest überzeugt wären von dem, was wir machen, würde man es ja im Kopf nicht aushalten.«[232] Entscheidend für diese Überzeugung war also zunächst das Wissen, auf das sich die Mediziner stützen konnten.

Um als verlässliche Referenz zur Absicherung und Legitimierung der Organentnahme dienen zu können, musste das Wissen über den Hirntod und seine Feststellung in eine wissenschaftliche, objektivierte und einheitliche Form gebracht werden. Die Formalisierung der Definition und der Diagnose des Hirntods begann Ende der 1960er Jahre angesichts der öffentlichen Debatten um die Herztransplantationen und im Hinblick auf eine Expansion der Organtransplantation. Nach der weltweit ersten Hirntod-Definition der Harvard Medical School von 1968 erließ ein Jahr später auch die SAMW entsprechende Richtlinien für die Schweiz.[233] Diese hat die Akademie seither drei Mal revidiert und an den neusten wissenschaftlichen und technischen Stand angepasst – 1983, 1996 und zuletzt 2005. Das ließe sich wie eine Fortschrittsgeschichte der kontinuierlichen Ausdifferenzierung und Präzisierung der Hirntod-Kriterien lesen. Die Revisionen zeugen aber auch von der historischen Kontingenz dieser Kriterien; sie waren weniger eindeutig und auch unter den Ärzten umstrittener, als dies die ersten Richtlinien 1969 nahe legten.[234]

Standardisierte Handlungsabläufe

Die ersten Richtlinien hatten die konkrete Handhabung und die Integration des Hirntods in den Klinik-Alltag weitgehend offen gelassen, was in der Praxis zu Unsicherheiten führte. Es seien auch Konflikte bei der Todesfeststellung nach den alten Richtlinien entstanden, heißt es in einem internen Brief der SAMW zur Revision von 1983.[235] Ärzte des Churer Spitals betonten in einem 1982 publizierten Aufsatz, dass die praktische Durchführung von Hirntoddiagnose und Organspende immer wieder zu Diskussionen Anlass gebe. »Wir haben deshalb einen Untersuchungsablauf und ein entsprechendes vorgedrucktes Protokoll festgelegt, um die Diagnose des Hirntodes zu stellen, zu dokumentieren und potentielle Organspender der Organentnahme zuzuführen.«[236] Auch andere Krankenhäuser etablierten interne Merkblätter und Richtlinien, um die Diagnose zu standardisieren und zu kontrollieren.[237] Die SAMW-Richtlinien von 1996 enthielten dann ein Protokoll, das, so steht es in der ersten Version, dem Arzt als Checkliste diene und – ausgefüllt – ein unentbehrliches Dokument darstelle.[238] Die Dokumentation war auch deshalb wichtig, da sie – als offizielles Dokument in der Patientenakte – auch im Nachhinein die Legitimität der Hirntod-Diagnose beweisen konnte.[239]

Das zur Verfügung stehende Wissen über den Hirntod erwies sich als zu unsicher, um den medizinischen Akteuren in der Praxis bei konkreten Fragen als sichere Entscheidungsgrundlage zu dienen. Deshalb musste das Vorgehen Schritt für Schritt standardisiert werden. Ritualisierte Handlungsabläufe gibt es laut dem Soziologen Niklas Luhmann vor allem in Organisationen, in denen ein besonderer Sicherheitsbedarf und hohe Risiken gegeben sind. Sie würden der Reduktion von Komplexität und der Vermeidung von Gefühlen wie Angst und Unsicherheit dienen. Ihre entlastende Wirkung beschreibt Luhmann wie folgt: »Sie legen das Handeln stereotyp fest und schaffen damit Sicherheit, unabhängig von den faktischen Konsequenzen, die dann nicht dem Handeln, sondern anderen Gewalten zugerechnet werden.«[240]

Der Techniksoziologe Günter Feuerstein sieht in der Formalisierung von Handlungsabläufen und der Normierung von Entscheidungsprozessen eine der zentralen Strategien der Transplantationsmedizin, um Vertrauen zu schaffen und Konflikte zu vermeiden. Dabei seien es weniger die inhaltlichen Qualitäten der soziotechnischen Regulierungen, sondern vielmehr ihre standardisierte Form, die in der moralisch und wissenschaftlich kaum abschließend begründbaren Praxis der Organbeschaffung Rationalität und Neutralität suggerierten und Vertrauen produzierten.[241]

Auch die »Algorithmisierung der Hirntoddiagnostik«[242] suggerierte Unanfechtbarkeit und Korrektheit und diente so der Vertrauenssicherung sowohl für das medizinische Team wie auch hinsichtlich der Angehörigen: »Ein solcher im voraus klar festgelegter und dokumentierter Untersuchungsablauf«,

so schrieben die Churer Ärzte, »regelt die Kompetenzen, erleichtert die objektive Beurteilung, vermeidet unnötige Diskussionen und überzeugt Angehörige sowie die mit der Behandlung engagierten Mitarbeiter.«[243]

Die Herausbildung von klinischen Arbeitsroutinen im Umgang mit Hirntod und Organentnahme war kein einheitlich gesteuerter und zielgerichteter Vorgang, sondern das Resultat permanenter Aushandlungen im Rahmen medizinischer Institutionalisierungs-Prozesse.[244] Lange Zeit behielten die etablierten Konventionen einen improvisierten Charakter bei und blieben störungsanfällig. Eine Evaluation der Transplantations-Abteilung des Genfer Universitätsspitals von 1990 kam zum Schluss, dass gegenwärtig keine interne Prozedur existiere, die es erlaube, klar festzulegen, wer was wann mache. Beispielsweise sei der Zeitpunkt der Todeserklärung unklar – eine Problematik, die in den beiden oben beschriebenen Fallbeispielen bei Angehörigen für Irritation gesorgt hatte.[245]

Arbeitsteilung

Nicht nur der Hirntod, sondern der gesamte Prozess der Organspende wurde bis in die 1980er Jahre reglementiert – in krankenhaus-internen oder allgemeinen Merkblättern und Leitfäden sowie in den medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW, die sich als übergeordnet und für alle verbindlich verstanden.[246] Die Verantwortlichen versuchten so, ein konformes und fehlerfreies Handeln der beteiligten medizinischen Akteure sicher zu stellen. Dies geschah im Bewusstsein, dass »die allgemeine Zustimmung zur Organtransplantation und Organspende wesentlich von der Art ihrer Durchführung, von sachgerechter Information der Öffentlichkeit und der ihr vermittelten Sicherheit vor jeglichen Fehlern oder Missbräuchen der Transplantationstätigkeit abhängt« – wie es im von einer Berner Operationsschwester verfassten praktischen Leitfaden für das Operationspersonal bei Organtransplantationen von 1992 heißt.[247]

Die zwei wichtigsten Regelungen für die Organbeschaffung hatten sich schon früh etabliert: die Arbeitsteilung und die Anonymisierung. Erstere wurde bereits in den SAMW-Richtlinien von 1969 festgeschrieben, wo festgehalten ist, dass diejenigen Ärzte, welche den Hirntod feststellen, vom Transplantationsteam unabhängig sein müssen.[248] Auch alle weiteren SAMW-Richtlinien zur Transplantation und zur Todesfeststellung enthalten diese Forderung. 1996 verlangen sie: »Ärzte, die einem Transplantationsteam angehören, dürfen bei der Feststellung des Todes nicht mitwirken und ihre den Sterbenden betreuenden Kollegen nicht unter Zeitdruck setzen oder anderweitig zu beeinflussen suchen.«[249] Diese Regel der Arbeitsteilung stellte eine Reaktion auf krankenhaus-interne Konflikte dar, die sich, wie weiter oben beschrieben, im Topos des »Nierengeiers« verdichteten. Sie ist deshalb so wichtig, weil sie die

zweite der beiden weiter oben erwähnten für die Organspende grundlegenden Gewissheiten schaffen soll: Sie dient dazu, auf einer formalen Ebene den Verdacht zu entkräften, dass ein Patient aufgrund des Interesses der Transplantationsmedizin an seinen Organen frühzeitig für Tod erklärt werden könnte.[250]

Über die Garantierung von Interessen-Neutralität hinaus diente diese vorgeschriebene Rollenteilung aber auch der emotionalen Entlastung der Ärzte. Diese entlastende Wirkung beschreibt ein Genfer Transplantations-Chirurg in seiner Antwort auf die Frage, ob ihn das Wissen um die Herkunft der Transplantate belaste:

»Natürlich belastet uns dieses Wissen. Wir sind uns – wie gesagt – sehr wohl bewusst, dass immer jemand unter tragischen Umständen sterben muss, bevor wir versuchen können, das Leben eines unserer Patienten zu retten. Das erfüllt uns mit Trauer. Im Übrigen: Damit weder das Ärzteteam, das um das Leben eines Unfallopfers kämpft, noch jenes, das einen Kranken nur mit einer Organübertragung retten kann, in einen moralischen Clinch kommt, wird die Transplantationsabteilung jeweils erst nach dem Ableben eines Patienten anvisiert. Wir Ärzte wählen den Zeitpunkt für eine Organübertragung somit nie selber. [...] Das belastet uns zwar. Es entlastet uns aber gleichzeitig auch.«[251]

Die Chirurgen, die den Spender bei der Organentnahme aufschneiden, mussten dank der strikten Arbeitsteilung keine Verantwortung für dessen Schicksal tragen. Sie treten an einen anonymen, meist abgedeckten Toten heran, zu dem sie als Person – anders als das Personal der Intensivstation – keinerlei Beziehung aufbauen konnten. Während die Person des Spenders für sie weitgehend im Dunkeln bleibt, entwickeln sie eine Beziehung zum Empfänger, dem sie mit dem neuen Organ helfen. Stärker mit dem Spender konfrontiert sind die Operationspflegenden, da sie ihn vor und nach der Operation ohne Abdeckung als »ganzen Menschen« sehen.[252]

Dem Personal der Intensivstation wiederum blieb es in der Regel erspart, das Aufschneiden ihrer Patienten und ihre Verwandlung in eine Leiche mitzuerleben. So zeigte sich eine Pflegende in einer Intensivstation eines nichttransplantierenden Krankenhauses dankbar, dass die Hirntoten zur Organentnahme ins nächste Universitätsspital überführt werden: »Da fällt für uns vom Pflegerischen her eine grosse Belastung weg. Denn ich finde das schon sehr belastend.«[253] Zudem konnten in den Intensivstationen die Ärzte die Verantwortung bei der Todesdiagnose zumindest teilweise an externe Experten abgeben. Die SAMW-Richtlinien von 1969 sahen das Hinzuziehen eines Neurologen oder Neurochirurgen vor;[254] die Richtlinien von 1983 forderten eine Bestätigung der Diagnose durch einen unabhängigen Arzt;[255] und die Richtlinien von 1996 verlangten, dass die zweite Beurteilung durch einen unabhängigen Begutachter erfolgen muss.[256]

Die zeitliche wie aufgabenorientierte Arbeitsteilung entlastet also die medizinischen Akteure, indem sie den Prozess der Organentnahme und die mit ihm verbundenen Verantwortlichkeiten auf mehrere Akteure aufteilt. Sie ermöglicht es dem medizinischen Personal, sich auf einzelne, isolierte Aufgaben zu konzentrieren und den gesamten Zusammenhang der Verwandlung von Personen in medizinische Ressourcen auszublenden.[257] In einer diskurstheoretischen Perspektive bedeutet das: Die Arbeitsteilung entlastet, weil sie Ordnung im Reden über die Organspende schafft; sie erlaubt es, den Spender und seine Organe einem isolierten Diskursfeld mit einem entsprechenden Körperbild zuzuordnen, womit die im Prozess der Organspende angelegte Konfusion widersprüchlicher Körperdeutungen verhindert wird.

Die Kehrseite der Arbeitsteilung bestand darin, dass sie die Gesamtkoordination einer Organtransplantation erschwerte. Zudem bot die Garantie der Interessen-Neutralität wenig Gewähr, dass sich das Personal auf der Intensivstation aktiv um die Identifizierung von potentiellen Organspendern kümmert. Eine Antwort auf diese Probleme stellte die Schaffung einer neuen Funktion dar: Ab 1988 stellten die Transplantationszentren und auch das Regionalspital Lugano sogenannte lokale Transplantations-Koordinatoren ein.[258] Sie gehörten nicht einer bestimmten Abteilung des Spitals an, sondern repräsentierten gleichsam das Gesamtinteresse der Organtransplantation. Dementsprechend hatten sie die Aufgabe, die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure mit ihren unterschiedlichen Perspektiven zu harmonisieren. Sie engagierten sich zudem für die Propagierung der Organspende bei Medizinern und Laien, waren für die Erfassung der potentiellen Organspender zuständig und waren an der Betreuung ihrer Angehörigen beteiligt.[259]

Anonymität

Eine weitere elementare Regel der Transplantationsmedizin ist die Gewährleistung der gegenseitigen Anonymität von Spender und Empfänger. Sie wurde – wie weiter oben dargestellt – bereits anlässlich der ersten Herzverpflanzung 1969 in Zürich groß geschrieben und war Bestandteil der beiden SAMW-Richtlinien zur Transplantation von 1981 und 1995.[260] Das Anonymitäts-Gebot solle die Belastung von Spender und Empfänger mit »irrationalen, sentimentalen oder aus fast magischen Vorstellungen stammenden Emotionen« verhindern und darüber hinaus ihre Privatsphäre und Würde schützen – so die Begründung eines Arztes in einem Aufsatz von 1968.[261]

Die entlastende Funktion präzisierte der bereits oben zitierte Genfer Chirurg wie folgt: Der Empfänger dürfe nie erfahren, wer der Spender war und wie er gestorben ist, weil ihn dieses Wissen nur unnötig belasten würde.[262] Und ein Zürcher Arzt erklärte, die Anonymität sei auch deshalb wichtig, weil die Empfänger sonst unter Umständen das Gefühl bekommen könnten, sie

stünden in der Schuld der Familie des Spenders.[263] Die Anonymisierung sollte also den Empfänger schützen, indem sie »seinen« Spender als konkrete Person zum Verschwinden bringt. Sie sollte es ihm ermöglicht, der Auseinandersetzung mit einem konkreten Todesfall und konkreten Hinterbliebenen aus dem Weg zu gehen. Die Auseinandersetzung mit der Herkunft des neuen Organs kann dann im Hinblick auf einen imaginären Ideal-Spender stattfinden.[264] Wichtig ist es, so zeigen Aussagen von Empfängern, dass die Spende als freiwilliges und solidarisches Geschenk vorgestellt werden kann.[265]

Die Regulierung der Subjektivität der beteiligten Akteure

Die Vertrauensbildung für die Organspende konzentrierte sich bis in die 1980er Jahre auf die Homogenisierung und Objektivierung des medizinischen Wissens (vor allem über den Hirntod) sowie auf die Reglementierung und Standardisierung der Handlungsabläufe. In den 1990er Jahren rückte die sozialpsychologische Dimension in den Fokus – das als subjektiv empfundene, nicht-kooperative Verhalten der beteiligten Individuen, das den reibungslosen Ablauf der standardisierten Prozesse störte.[266]

Die Transplantationsmedizin reagierte damit auch auf Kritik aus den eigenen Reihen: Wie ich im vorausgehenden Teilkapitel gezeigt habe, hatte vor allem das Pflegepersonal zu Beginn der 1990er Jahre gefordert, den belastenden ethischen und psychologischen Aspekten der postmortalen Organspende mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Gleichzeitig – und das ist entscheidend – wuchs das Bewusstsein, dass emotionale Irritationen einer erfolgreichen Organbeschaffung sowohl kurz- als auch längerfristig schädlich sind. Damit stieg die Dringlichkeit, diesen Störfaktoren zu begegnen. Ich werde mich im Folgenden den in erster Linie kommunikativen Strategien zuwenden, mit denen das Denken, Empfinden und Handeln der beteiligten Akteure an den Prozess der Organspende angepasst werden sollte. Zuerst gehe ich auf die medizinischen Akteure, danach auf die Angehörigen ein.

Wie in den vorangehenden Teilkapiteln erläutert, konnte das medizinische Personal durch Passivität oder nicht-konformes Verhalten den Erfolg der Organspende gefährden. Diverse Studien, die ab Ende der 1980er Jahre in der Schweiz durchgeführt wurden, kamen zum Ergebnis, dass das medizinische Personal zur Organspende häufig ambivalent oder gar kritisch eingestellt war.[267] Vor allem im Pflegesektor witterten die Verantwortlichen in den Interessensvertretungen der Transplantationsmedizin Skepsis, Zurückhaltung und Widerstand.[268]

1990 läutete die Stiftung Swisstransplant unterstützt von der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) und dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) eine zweite Phase der 1987 begonnenen Aufklärungs-Aktion ein, die speziell die Ärzte und das Pflegepersonal zu verbesserter Zusammenarbeit bewegen soll-

te.[269] Zusammen mit Massnahmen zur Sensibilisierung der gesamten Ärzteschaft[270] wurden in den 1990er Jahren die Bemühungen um die spezifische Aufklärung und Ausbildung des in Transplantationen involvierten Personals verstärkt.[271] Neben den EDHEP-Kursen, die weiter unten genauer thematisiert werden, setzten sich das 1997 unter der Ägide der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin ins Leben gerufene Donor Action-Projekt sowie die 2000 gegründete Foundation to Support Organ Donation (FSOD) für das »Sensibilisieren des Spitalpersonals in Fragen der Organspende in der Anästhesie-, Intensiv- und Notfallmedizin« und für die »praktische Unterstützung von interessierten Spitälern, im Besonderen bei der Ausbildung von Pflegepersonal« ein.[272]

Der Zweck der Aufklärungs- und Bildungsoffensive bestand darin, den medizinischen Akteuren ein einheitliches Deutungsangebot, einen gemeinsamen Interpretationsrahmen, eine kollektive Sprache zur Verfügung zu stellen, mit deren Hilfe sie den Prozess der Organspende als vernünftigen und sinnvollen symbolisieren und sich über ihn verständigen konnten. Dabei lassen sich zwei Deutungsebenen unterscheiden: eine medizinisch-naturwissenschaftliche und eine moralische. Neben der Erklärung wissenschaftlicher Konzepte wie etwa des Hirntods umfassten die Bildungsbemühungen auch die moralische Begründung der Organspende.

»Ethik mit Fernrohr«

Diese moralische Deutung etablierte ein neuartiges, transplantationsmedizinisches Ethos, das die Verantwortung für den Empfänger herausstellt: Dem in die Organspende involvierten Personal komme eine neue Form der ärztlichen Verantwortung zu, stand im Manuskript eines Merkblatts der Spitäler von Genf und Zürich für die Organisation von Organentnahmen von 1991. Sie ende nicht mit dem Tod des Patienten, sondern beinhalte darüber hinaus die Rettung und den Schutz seiner Organe, die mehreren Patienten das Leben zurückgeben könnten. Jeder Arzt, jede Krankenschwester, trage einen Teil der Verantwortung im Vollzug der von der Organspende ausgehenden Solidaritätskette.[273] Angesichts der Verantwortung für den Empfänger, so die zentrale Botschaft, müssen alle anderen Interessen zugunsten einer effizienten Zusammenarbeit in den Hintergrund treten: Mehr noch als bei anderen Eingriffen, so heißt es im Nachwort eines praktischen Leitfadens für das Operationspersonal von 1992, komme es in der Transplantationsmedizin auf das Teamwork, das Zusammenspiel aller daran Beteiligten an – wovon letztlich der Patient profitiere, dessen Wohl bei allen an erster und oberster Stelle stehen müsse.[274]

Der Tessiner Chirurg Martinoli sprach in diesem Zusammenhang von einer »Ethik mit Fernrohr«:[275] Die medizinische Praxis der Organspende beim Spender wird sinnstiftend umgedeutet zur Pflege des Empfängers, die Emo-

tionalität vom Spender auf den Empfänger umgeleitet.[276] So erklärten zwei Lausanner Pflegende: »Das Pflegepersonal kümmert sich eigentlich um die zukünftigen Transplantationspatienten; denn sie sind die wirklichen Nutzniesser der aufwendigen Pflege eines Hirntoten.«[277] Auch eine andere Intensiv-Pflegende berichtete, dass ihr die therapeutische Pflege des Hirntoten »vom Sinn her« keine Mühe mache, da es rein um die Erhaltung des Organs für den Empfänger gehe.[278] Die Vergegenwärtigung des Empfängers diente dazu, die schwierige Arbeit mit einem sinnvollen Ziel zu rechtfertigen.

Dabei erwies sich die oben beschriebene Arbeitsteilung mit der Trennung der Betreuung von Spender und Empfänger als nachteilig. Sie würden gerne mehr davon wissen, wer am Schluss als Organempfänger Nutzen von der belastenden Vorarbeit gehabt habe, gaben Basler Intensiv-Pflegende 1992 an einem Symposium zu Protokoll.[279] Und Ärzte des Kantonsspitals Aargau schrieben im selben Jahr: »Ein Beitrag zur Ertragsseite wäre ein Feedback über die erfolgreiche Transplantation ›unserer‹ Organe. Er wäre motivierend für alle Beteiligten, für das psychisch belastete Pflegepersonal und beste Grundlage für die nächste Organspende.«[280] Es zeigt sich die Ambivalenz des Anonymitäts-Gebots: Einerseits gewährt es vor allem dem Empfänger und seinen Betreuern emotionalen Schutz, andererseits erschwert es den medizinischen Betreuern des Spenders und auch dessen Angehörigen, eine sinnvermittelnde Brücke zum Empfänger zu schlagen.

Die transplantationsmedizinische Verantwortlichkeits-Rhetorik,[281] die mit einem großen Konformitätsdruck einherging, wurde nicht von allen medizinischen Akteuren ohne Widerstände verinnerlicht. So distanzierte sich der Schweizer Berufsverband für Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) 1990, wie bereits weiter oben erwähnt, aufgrund ethischer Bedenken von der von FMH und SRK unterstützten Organspende-Kampagne von Swisstransplant. Er focht die Deutung der Organspende als ethisch unproblematischen Dienst am Empfänger an: Die Würde aller Beteiligten sei bedroht durch den hohen Bedarf an Organen, durch die beschränkte Zeit, die für Entnahme und Transplantation zur Verfügung stehe, und durch das Prestige, das oft mit Organtransplantationen verbunden sei.[282]

Die Deutung der Organspende war innerhalb des medizinischen Dispositivs umkämpft und mit ihr auch die Deutungshoheit. Mit seiner Intervention stellte der SBK auch das Deutungsmonopol der Transplantationsärzte in Frage, ihren Anspruch, den Sinn der Organspende festzulegen. Das umkämpfte semantische Spannungsfeld, in dem sich das Pflegepersonal bewegte, deutet sich etwa im Hinweis der Redaktion der Zeitschrift *Krankenpflege* an, dass sie mit ihrer Schwerpunktnummer zur Organtransplantation im September 1990 offenbar ein »heisses Eisen« angefasst habe: »[...] die Recherchen wurden uns nicht leicht gemacht, Interviewpartner stellten sich nur zögernd zur Verfügung, Fragen, vor allem nach der eigenen Einstellung, wurden nur vage

beantwortet, gemachte Aussagen wieder zurückgenommen«.[283] Im gesamten Untersuchungszeitraum blieb die Integration des Pflegepersonals in die Organisation und den kollektiven Deutungshorizont der Transplantationsmedizin ein prekäres Unterfangen, das als stete Herausforderung wahrgenommen wurde.[284]

Die Befragung der Angehörigen setzt sich durch

Im Fokus der Verantwortlichen standen neben den Pflegenden aber in erster Linie die Angehörigen des Spenders. Der Kontakt mit ihnen wurde als Schwachstelle in der Kette der Handlungen rund um eine Organtransplantation wahrgenommen.[285] Der Tessiner Arzt Sebastiano Martinoli etwa betonte, alles hänge davon ab, wie man mit den Angehörigen umgehe.[286]

Die Bedeutung der Angehörigen war insofern zentral, als dass sie gewöhnlich über die Organentnahme entscheiden konnten. Während in den 1970er Jahren die Zustimmung der Angehörigen wohl nur in den Spitälern in Bern, Genf und mit Einschränkungen auch in Zürich regelmäßig eingeholt wurde,[287] so setzte sich das routinemäßige Fragen im Laufe der 1980er Jahre offenbar an allen Krankenhäusern durch.[288] Laut einer Recherche der *Basler Zeitung* an den sechs Transplantationszentren von 1989 versicherten die Ärzte in Bern und St. Gallen, immer die Zustimmung der Verwandten zu verlangen. Gemäß einer dienstlichen Anweisung sei in Lausanne der Meinung der Familie Rechnung zu tragen, sofern diese schnell in Erfahrung zu bringen sei. In Genf und Basel würden die Ärzte der Familie die Gründe für eine Entnahme erläutern und darauf verzichten, wenn sich Widerstand bemerkbar mache. Einzig Zürich gehe genau nach Gesetz vor und konsultiere die Familie des Verstorbenen nicht.[289] Gegenüber der *Weltwoche* hatte allerdings Felix Largiadèr, Vorsteher des Departements Chirurgie am Zürcher Universitätsspital, zwei Monate früher behauptet, dass die Organentnahme ohne ausdrückliche Erlaubnis nur in den seltensten Fällen praktiziert werde. Wenn immer möglich würden die Angehörigen um die Zustimmung gebeten.[290]

Die Praxis passte sich also nicht der gesetzlichen Regelung an: Viele Ärzte entschieden sich für eine Befragung der Angehörigen, obwohl diese vom Gesetz nur in wenigen Kantonen vorgeschrieben wurde.[291] Die Diskrepanz zwischen den rechtlichen Rahmenbedingungen und der ärztlichen Praxis ist erklärungsbedürftig: Weshalb nutzten immer weniger Ärzte und Krankenhäuser die Freiheiten der Widerspruchsregelung, für die sie sich mehrheitlich eingesetzt hatten und für die sich viele auch noch in den 1990er Jahren stark machten?

Bis in die 1980er Jahre explizierten die Mediziner ihre Motive nur selten. Später begründeten sie ihre Praxis verschiedentlich mit dem Argument, das einige Ärzte bereits um 1970 gegen die Widerspruchsregelung angeführt hatten:

Eine autoritative und paternalistische Praxis der Organentnahme ist kontraproduktiv, da sie das Vertrauen, auf das die Transplantationsmedizin angewiesen ist, unterminiert.[292] Die dargestellte Entwicklung der Entnahme-Praxis zeigt, dass sich diese Überzeugung im Laufe der 1980er Jahre fast bei allen Transplantations-Medizinern durchgesetzt hat. Die Widerspruchslösung werde seit Jahren nicht mehr praktiziert, erzählte ein Zürcher Transplantationschirurg 1999, weil sie dem Grundgefühl der Bevölkerung widerspreche.[293]

Dieses »Grundgefühl« hatte sich seit 1970 also in einer Weise entwickelt, welche die oben beschriebene Tendenz zur kritischen Hinterfragung des ärztlichen Paternalismus noch akzentuierte. So avancierten etwa in der Bioethik, die sich ab den 1970er Jahren weltweit und auch in der Schweiz zunehmend als ethisches Reflexionsorgan der Biomedizin in der Übergangszone von Medizin, Politik und Gesellschaft etablierte und institutionalisierte,[294] die Prinzipien der Selbstbestimmung und der Patientenautonomie zu normativen Leitideen.[295] Diese fanden ihren Ausdruck im praktischen Prinzip der »informierten Einwilligung« (»informed consent«), das ab den 1970er Jahren in der klinischen Medizin als Standard akzeptiert wurde. Dieses Prinzip wurde zwar auch von Medizinern vorangetrieben, ist aber nicht direkt aus der traditionellen medizinischen Standesethik hervorgegangen und galt manchen Ärzten lange Zeit als von »außen« – von Ethik und Recht – oktroyierte Einschränkung.[296]

Vor diesem Hintergrund wird die Haltung der Schweizer Ärzte zur Organentnahme verständlich: Sie passten ihre Praxis dem gesellschaftlichen Trend zur Patienten-Selbstbestimmung an – im wachsenden Bewusstsein, dass eine effiziente Organbeschaffung ohne das Vertrauen der medialen Öffentlichkeit längerfristig nicht möglich ist. Trotzdem setzen sich viele im Bereich der Transplantation tätigen Ärzte auch in den 1990er Jahren in der Diskussion um das nationale Transplantationsgesetz dafür ein, dass die ihnen bisher vom Gesetz zugestandenen Freiheiten nicht weiter eingeschränkt würden.

Optimierung der Angehörigen-Betreuung

Auch die Praxis, die Angehörigen um die Einwilligung zur Organspende zu bitten, war also Teil der Bemühungen der transplantationsmedizinischen Akteure um Vertrauensbildung. Gleichzeitig erhöhte sie die Bedeutung der Angehörigenbetreuung, da skeptische, irritierte oder frustrierte Angehörige mit ihrer Verweigerung eine Organspende verhindern konnten. Ab den 1990er Jahren wurden unterschiedliche Strategien propagiert, welche die Konflikte mit Angehörigen reduzieren sollten.

Einerseits wurde bei der Organisation der Organspende neben den medizinisch-technischen Gesichtspunkten zunehmend auch die psychologische Dimension berücksichtigt. Das Vorgehen wurde den Bedürfnissen der Angehörigen angepasst, selbst wenn dies einer effizienten Organisation widersprach.

So wurde empfohlen, den Spender in einem Regionalkrankenhaus zur Organentnahme wenn möglich nicht in ein Zentrum zu verlegen, um ihn nicht von seinen Angehörigen zu entfernen – nur aus »ethisch-moralischen Gründen und im Interesse der Angehörigen«, wie Ärzte des Kantonsspitals Aarau unterstrichen, denn eine Verlegung würde eigentlich organisatorisch einfacher und die beste Problemlösung sein.[297] Nach der Entnahme sollte die Leiche zudem sorgfältig wiederhergestellt werden, und die Angehörigen sollten sich ohne Zeitdruck und in würdiger Umgebung vom Verstorbenen verabschieden können.[298] Damit wurde der Ablauf der Spende – so weit wie möglich – der kulturell etablierten Form des Trauerrituals der Angehörigen angepasst.

Andererseits wurde eine »Professionalisierung« der Angehörigen-Betreuung angestrebt. Die beiden Mitte der 1990er Jahre publizierten SAMW-Richtlinien zur Transplantation und zur Todesfeststellung wiesen ebenso wie andere Merkblätter für das medizinische Personal auf die Bedeutung des angemessenen ethischen und psychologischen Verhaltens der Ärzte und Pflegenden hin. Dabei sollte bei den Angehörigen der Eindruck vermieden werden, dass der Sterbende wie eine Sache von einer Instanz zur anderen verschoben werde.[299] Dafür sollte eine enge Begleitung der Angehörigen sorgen:

»Bei der Vorbereitung einer Organentnahme sind die Gefühle der Angehörigen durch die allgemeinen Umstände des Todes besonders belastet. Die den Sterbenden betreuenden Ärzte sollten deswegen einen einzigen, konstanten und kompetenten Ansprechpartner bestimmen. Dieser sollte mit den Betroffenen die unvermeidlichen Wechsel im Personal, den Sinn gewisser Untersuchungen an dem bereits als verstorben erklärten Angehörigen und die Gründe für eine allenfalls notwendig werdende Verlegung in eine andere Klinik besprechen und erklären. Diese Person sollte auch für die sonstigen Nöte und Bedürfnisse der Betroffenen zur Verfügung stehen. Die bei den Eingriffen beteiligten Ärzte müssen darüber orientiert sein. Sie sollten Gespräche mit den Angehörigen nach Möglichkeit dieser festen Bezugsperson delegieren oder in deren Anwesenheit führen. Dadurch können Missverständnisse verhütet und der Verlust von vielem guten Willen bei Angehörigen und in der Bevölkerung vermieden werden.«[300]

Das Betreuungs-Management wird hier – und das ist bemerkenswert – offen als Mittel zum Zweck ausgewiesen: als Beitrag zur Konfliktvermeidung und Imagepflege. Im Vordergrund steht die Intensivierung und Kanalisierung der Kommunikation zur Vermeidung von Irritationen. Der Ansprechpartner hat die schwierige Aufgabe, den Angehörigen den Prozess der Organspende zu erklären. Er soll den medizinisch-technischen Diskurs in die Alltags-Sprache der Angehörigen übersetzen bzw. versuchen, das für sie Unbegreifbare mit Sinn zu füllen. Dabei müssen die unterschiedlichen Modelle und Vorstellungen von Körper und Sterben vermittelt werden. Diese Übersetzungsleistung soll die

Kluft zwischen der Praxis der Organgewinnung und den emotionalen Erwartungen der Angehörigen schließen.

Die Kommunikation mit den Angehörigen wurde als große Herausforderung der Organbeschaffung bestimmt: »Le défi, dans les petits hôpitaux, est de gagner la guerre de la communication, soit prendre en charge les familles de donneurs, leur parler avec délicatesse au moment du deuil, leur poser ouvertement la question du don d'organes«, erklärte Martinoli.[301] Brennpunkt des Kommunikations-Kriegs im Spenderkrankenhaus war das Gespräch mit den Angehörigen, das einerseits die Todesmitteilung und andererseits die Frage um die Spende beinhaltete. Immer wieder wurde die Wichtigkeit dieses Gesprächs hervorgehoben und darauf hingewiesen, dass es für beide Seiten sehr belastend sei.[302] Die Angst des medizinischen Personals vor der schwierigen Gesprächssituation, so vermutete Martinoli, sei mit ein Grund dafür, dass nicht-transplantierende Krankenhäuser mögliche Organspender nur sehr zurückhaltend melden würden.[303]

Als ein Lösungsansatz für dieses Problem kann der Spenderausweis gesehen werden, der 1987 von der Stiftung Swisstransplant lanciert wurde. Der Ausweis lässt das Gespräch um die Einwilligung hinfällig werden, oder vereinfacht es zumindest stark, da er den Willen des Verstorbenen dokumentiert. Der Entscheidungskonflikt wird dabei zeitlich vorverschoben und individualisiert.[304] Ein Spenderausweis, so erklärten Ärzte und Pflegende, erleichtere die Situation für alle Beteiligten.[305] Aus denselben Gründen regten die Kampagnen für die Organspende die Bevölkerung auch an, mit den Angehörigen rechtzeitig über die Organspende zu sprechen.[306]

Den Kommunikations-Krieg gewinnen

Da nur in den wenigsten Fällen ein Spenderausweis vorhanden war, setzte die Transplantationsmedizin ab den 1990er Jahren auf eine gezielte Ausbildung des medizinischen Personals mit dem Ziel, das Angehörigen-Gespräch emotional zu entschärfen und besser zu kontrollieren. 1991 wurde auf Initiative der Stiftung Eurotransplant das European Donor Hospital Education Programme (EDHEP) geschaffen. Es sollte Pflegenden, Ärzten und Transplantationskoordinatoren Sicherheit im Umgang mit trauernden Angehörigen und bei der Bitte um die Organspende vermitteln. Ab 1994 wurden auch in der Schweiz EDHEP-Kurse unter dem Patronat von Swisstransplant angeboten, wobei ein auf die spezifischen Umstände der Schweiz zugeschnittenes Bildungsprogramm erarbeitet wurde.[307] Gesponsert wurde das Bildungsprogramm vom Schweizer Pharmaunternehmen Sandoz.[308]

Die EDHEP-Seminare verfolgten zwei zusammenhängende Ziele: Einerseits dienten sie dazu, beim medizinischen Personal eine positive Einstellung zur Organtransplantation zu fördern. So fand im ersten Kursteil eine Ausein-

andersetzung mit dem Spendermangel statt. Zudem mussten sich die Teilnehmenden mit dem Hirntod-Konzept auseinandersetzen und die eigene Einstellung dazu reflektieren.[309] Andererseits wollte das Programm – unter anderem mittels simulierten Gesprächen – die Fähigkeit zur Kommunikation verbessern, das Empfinden für die Bedürfnisse trauernder Angehöriger entwickeln und aufzeigen, wie man eine Bitte um Organspende vorbringt. Darüber hinaus bot es Unterstützung für die Entwicklung und Einführung von krankenhausinternen Leitfäden für den Umgang und die Betreuung trauernder Familien.[310]

Zentral für das in den Seminaren vermittelte Kommunikations-Management ist ein sensibler und empathischer Umgang mit den Angehörigen. Dabei sei es wichtig, wie die Verantwortlichen hervorhoben, den Angehörigen das Gefühl zu geben, dass ihre Entscheidung akzeptiert und respektiert werde – unabhängig davon, wie sie sich entschieden haben.[311] Eine neuere Studie sprach in diesem Zusammenhang von einer Personen-fokussierten Kommunikation – im Gegensatz zu einer Spende-fokussierten Kommunikation.[312] Noch weiter ging eine andere Studie: Die EDHEP-Kurse seien nur glaubwürdig, wenn es nicht primär darum gehe, die Rate der Organspenden zu steigern.[313]

Hier gilt es zu differenzieren: EDHEP zielte immer darauf ab, die Organspende-Rate zu erhöhen – darauf deutet nicht nur die Finanzierung durch die Pharmaindustrie hin. Das Programm wurde, wie dies Verantwortliche proklamierten, explizit ins Leben gerufen, um das Problem der steigenden Organspende-Verweigerungen durch Familienangehörige zu überwinden.[314] Das Trainingsprogramm basierte aber auf der Annahme, dass eine sensible und nicht um jeden Preis erfolgsorientierte Gesprächsführung bessere Organspende-Raten generiere. So war es das erklärte Ziel des EDHEP, »die Anzahl der Organspenden längerfristig zu erhöhen, dabei aber stets die Bedürfnisse und Wünsche der trauernden Angehörigen zu respektieren«.[315] Es ging also darum, das Ziel der effizienten Organbeschaffung mit dem Ziel der Konfliktvermeidung und Vertrauensbildung zu verbinden. Oder anders gesagt: Die Vertrauensbildung sollte überhaupt erst die Grundlage für eine optimale Ausschöpfung der knappen Organressourcen bilden.

Man könnte zugespitzt von einer paradoxen Strategie sprechen: Indem den Angehörigen suggeriert wird, dass die Ärzte es nicht unbedingt auf die Organe abgesehen haben, dass sie ihre emotionale Instabilität nicht ausnutzen wollen und dass sie demnach frei entscheiden können, erhöht sich die Chance auf eine Spende. Es ist also nicht abwegig, in der »Professionalisierung« der Angehörigenbetreuung den Versuch zu sehen, die Beeinflussung der Entscheidungsfindung der Angehörigen raffinierter und subtiler zu gestalten – in einer Zeit, in der eine offene, paternalistische Beeinflussung durch den Arzt nicht mehr als salonfähig galt.

Das Trostprinzip

Die in der EDHEP-Ausbildung vermittelte Interaktionsstrategie basierte auf dem sogenannten »Trostprinzip«[316]. Das Programm, so heißt es in der Informations-Broschüre, stütze sich auf folgende Erfahrung des medizinischen Personals: »Die Frage nach der Organspende kann, wenn sie einfühlsam formuliert wird, ein Trost für die Familien sein, die einen geliebten Menschen verloren haben.«[317] Es gehe laut den Seminarunterlagen darum, zu erkennen, dass eine Organspende auch für die trauernden Angehörigen eine positive Bedeutung haben bzw. erlangen könne.[318] Während die auf das Erklären ausgerichtete Kommunikation auf eine Entemotionalisierung der Organspende durch die Kognitivierung des Geschehens abzielt, geht dieses Konzept des Emotions-Managements weiter: Die Emotionalität wird nicht in erster Linie verdrängt, sondern umgedeutet und positiv besetzt.

Als Reaktion auf negative Erfahrungsberichte von Angehörigen, denen wir im letzten Teilkapitel begegnet sind, kam die Idee auf, die Betreuung der Angehörigen auch nach der Transplantation fortzusetzen. So wurde der Vorschlag laut, den Angehörigen im Nachhinein unter Wahrung der Anonymität im Namen des Empfängers für die Spende zu danken. Die trauernden Hinterbliebenen, so schrieb ein Arzt eines Kantonsspitals, würden durch ein »offizielles« Dankesschreiben vielleicht Trost und Bestätigung der Richtigkeit in ihrem Entscheid zur Organspende erfahren, was der allgemeinen Akzeptanz der Organspende sicher dienlich wäre.[319] Das Dankesschreiben sollte das entlastende Deutungsmuster verstärken, das die Spende als edle und lebensrettende Hilfe für den Empfänger konzipiert. Diese Bemühungen, das Spende-Ereignis positiv zu markieren, entsprachen einerseits einem Bedürfnis der Angehörigen und zielten andererseits – wie der Arzt betonte – auf die Erhöhung der Spendebereitschaft ab.

Sebastiano Martinoli praktizierte diese Form der Nachbetreuung der Angehörigen bereits Anfangs der 1990er Jahre. Er bedankte sich nach jeder Entnahme schriftlich bei den Angehörigen und informierte sie über die Transplantation der entnommenen Organe. Zur Begründung wies er darauf hin, dass viele Angehörige es als Trost empfänden, dass der traurige Tod ihres Nächsten einem anderen Kranken helfen konnte.[320] Martinoli ging laut NZZ soweit, dass er die Angehörigen nach der Transplantation immer wieder über den Gesundheitszustand des Organempfängers informierte.[321] Eine derartige Strategie ist aber ambivalent: Die Fixierung auf das Schicksal des Empfängers kann gefährlich sein, da ein allfälliges Versagen des Transplantats und der Tod des Empfängers die Motive des Helfens und des Weiterlebens grundsätzlich unterlaufen.[322]

Auch die Stiftung Swisstransplant entschloss sich, unter Einhaltung der Anonymität den Brückenschlag vom Spender zum Empfänger zu forcieren.

Sie versandte standardisierte Briefe an die Spenderfamilie und bot ihr an, sie über den Ausgang der Transplantation zu informieren. Zudem ermöglichte sie den Empfängern, sich mit einem anonymen Schreiben bei den Angehörigen des Spenders zu bedanken.[323]

Freiheit und Macht

Die Geschichte der Organspende, so hat dieses Teilkapitel gezeigt, ist auch eine Geschichte der fortlaufenden Versuche ihrer Legitimierung: Neben die Produktion von standardisierten und scheinbar objektiven Wissensbeständen, Handlungsroutinen und Reglementierungen, die gleichzeitig der Vertrauenssicherung wie der emotionalen Entlastung aller Beteiligten dienten, traten in den 1990er Jahren Kommunikations-Strategien, die das Spendegeschehen für die Angehörigen einerseits übersetzen und andererseits als emotional positiv markieren sollten. Diese Entwicklung spiegelt das wachsende Bewusstsein der Transplantationsmedizin, dass auch Faktoren außerhalb der medizinisch-wissenschaftlichen Logik ernst genommen werden müssen.

Angesichts der Tendenz, die Angehörigen um ihre Einwilligung zu bitten, sie offen über das Geschehen aufzuklären, auf ihre Einsicht zu setzen und ihnen eine freie Entscheidung ohne Druck zu ermöglichen, kann man auch von einer Abkehr von paternalistischer und autoritativer Fremdbestimmung zugunsten der Prinzipien der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung im Rahmen des transplantationsmedizinischen Dispositivs sprechen.[324] Intensiv-Pflegende betonten zu Beginn der 1990er Jahre, dass sie die Entscheidung der Angehörigen nicht beeinflussen, und auch einen negativen Entschluss respektieren, ja sogar nachträglich unterstützen würden.[325] Dass die Angehörigen von der ihr zugestandenen Wahlfreiheit tatsächlich Gebrauch machten, davon zeugen die zahlreichen Verweigerungen, die der Transplantationsmedizin auch in den 1990er Jahren Sorge bereiteten.[326]

Gleichzeitig ist aber deutlich geworden, dass die Organspende in den 1990er Jahren keine machtfreie Praxis war. Die Kommunikation in der Intensivstation war eben auch – wie Martinoli es ausdrückte – ein »Krieg«. Störende Emotionen wurden im Dispositiv der Organspende zwar nicht unterdrückt, aber mittels Interaktions-Strategien reguliert und modelliert. Das Unberechenbare sollte so zu einem kalkulierbaren und lenkbaren Faktor gezähmt werden. Man könnte im Anschluss an Michel Foucault von einer produktiven Machttechnik sprechen, die ihre Subjekte durch ein Ensemble von Wissen und Praktiken erst hervorbringt – Subjekte, die an der Organspende freiwillig partizipieren und sie positiv bewerten.[327]

Für die Gespräche mit den Angehörigen gilt, was der Soziologe Nikolas Rose über zeitgenössische biomedizinische Beratung geschrieben hat: Die Berater respektieren zwar die ethischen Prinzipien der Wahlfreiheit und der

Nicht-Beeinflussung. In der Beratungspraxis werden diese ethischen Prinzipien aber zwangsläufig in Mikrotechnologien des Kommunikations- und Informationsmanagements übersetzt, die zwingend normativ und anleitend sind: »They [die Mikrotechnologien] transform the subjectivities of those who are counseled, offering them new languages to describe their predicament, new criteria to calculate its possibilities and perils, and entangling the ethics oft the different parties involved.« Dabei, so Rose, verschwimmen die Grenzen von Zwang und Zustimmung.[328]

In dieser Sichtweise erweist sich das Regime der Selbstbestimmung im Dispositiv der Organspende als ambivalent. Der Bürger, der fähig ist, zu reflektieren und über seine Existenz zu bestimmen, ist laut Rose heute zur zentralen Ressource der Regulierung des Lebens geworden. In seiner Fähigkeit zur freien, moralischen Entscheidung kristallisiere sich die paradoxe gegenseitige Bedingtheit von individueller Freiheit und Macht, die für die heutigen biomedizinischen Praktiken so charakteristisch sei. Es handle sich nämlich, so Rose, um »eine Fähigkeit, von der man einerseits annimmt, dass sie jedem von uns zukommt, von der man aber andererseits zugleich behauptet, dass sie im Zuge aller möglichen Regulierungsmassnahmen erst hervorgebracht werden müsse«.[329]

Diese Regulierungsmaßnahmen setzen freilich nicht erst auf der Mikroebene der Intensivabteilung ein; die Organspende im Krankenhaus vollzieht sich nicht in einem isolierten semantischen Raum, sondern ist Teil eines größeren, bereits kognitiv-emotional vorstrukturierten diskursiven Feldes, in dem ihre Bedeutung permanent verhandelt wird. Alle Entscheidungen in der Praxis der Organspende finden unter diskursiv und normativ bereits stark vorgeprägten Rahmenbedingungen statt. Vor diesem Hintergrund sind die Aufklärungskampagnen der Transplantationsmedizin zu sehen, auf die ich in Kapitel 4 eingehen werde.

Zunächst wird es aber im folgenden Teilkapitel darum gehen, die Organisation der Organspende auf einer gesamtschweizerischen Ebene zu untersuchen. Im Fokus steht das Unternehmen, die verschiedenen Akteure und Institutionen zu einem effizienten System der Organbeschaffung zu integrieren. Dabei werde ich zeigen, wie die Zirkulation und der Austausch der wertvollen Organressourcen die Kooperationsbereitschaft der einzelnen Akteure und damit auch die Integrationsfähigkeit des Systems auf die Probe stellten.

3.5 Organaustausch zwischen Kooperation und Konkurrenz

»Chaque année nous perdons de nombreux donneurs potentiels parce que nous ne sommes pas organisés et que nous cordonnons pas nos efforts.« Diese

Klage trug der Vorsteher der Transplantationsabteilung des Genfer Universitätsspitals 1991 in einem Brief an Bundesrat Flavio Cotti vor, in dem er um Hilfe bei der Finanzierung einer nationalen Koordinationszentrale bat. Die aktuelle Situation sei für ein so reiches und gut organisiertes Land skandalös. »Devrons-nous continuer de laisser mourir des patients, le plus souvent jeunes, pères ou mères de famille, parce que notre structure ne permet pas qu'ils bénéficient d'un organe?«[330]

Die hier drastisch geschilderten Defizite in der Koordination und Organisation der Organbeschaffung in der Schweiz wurden seit Mitte der 1980er Jahre immer häufiger beklagt. Die Schweiz stehe im Bereich der Organisation und Kooperation international schlecht da – darin waren sich Bundesrat Adolf Ogi sowie der Swisstransplant-Präsident und Genfer Staatsrat Guy-Oliver-Segond zu Beginn der 1990er Jahre einig.[331] Dass die mangelnde Kooperation zu dieser Zeit in den Fokus rückte, hat mitunter zwei Gründe: Einerseits verkomplizierte die Ausweitung der Transplantation auf weitere Organe neben der Niere die Organisation der Organbeschaffung. Sogenannte Multiorganspenden, bei denen einem Spender mehrere Organe entnommen wurden, bedingten eine aufwendige Koordination: Alle Organe mussten meist verschiedenen Empfängern zugeordnet und zugestellt werden. Oft reisten Transplantationsteams aus den Empfänger-Krankenhäusern an, um die entsprechenden Organe gleich selber zu entnehmen. Andererseits drängte die gleichzeitige Abnahme der Spenderzahlen zur Optimierung des Beschaffungssystems.

Fasst man die Organbeschaffung in einer weiteren Perspektive auf als den gesamten Verlauf von der Spendererkennung bis hin zur Ankunft des Organs beim Empfänger, so geht sie über den in den vorhergehenden Teilkapiteln thematisierten Prozess der Organentnahme hinaus. In der expandierenden Transplantationsmedizin der 1980er und 1990er Jahre wurde nur ein Teil der Organe in demselben Krankenhaus implantiert, das zuvor den Spender detektiert hatte. Einerseits entnahmen auch Krankenhäuser Organe, die selber keine Transplantationen durchführten. Andererseits tauschten die sechs Schweizer Transplantationszentren untereinander gegenseitig Organe aus. Organe zirkulierten also nicht nur zwischen unterschiedlichen Akteuren sondern auch zwischen unterschiedlichen Institutionen – innerhalb der Schweiz sowie über die nationale Grenze hinweg. Die Zusammenarbeit der Schweizer Krankenhäuser bei der Organbeschaffung soll im Folgenden untersucht werden, wobei zunächst das Verhältnis der Transplantationszentren untereinander und danach das Verhältnis zwischen den Transplantationszentren und den nichttransplantierenden Krankenhäusern in den Blick genommen wird.

Grundlage der Zusammenarbeit der einzelnen medizinischen Institutionen bildete eine Spannung: Einerseits war das System der Organtransplantation mit zunehmender Ausdehnung und Differenzierung auf zentrale Instanzen angewiesen, die gleichsam das Interesse des gesamten Systems

verkörpern. Wie ich weiter oben gezeigt habe, bemühte sich etwa die SAMW als »Reflexionsorgan des Berufsstands«[332] um die Vereinheitlichung von Wissen und Verfahrensregeln der Transplantationsmedizin, das der Herstellung systemkonformen Verhaltens diente. Die Vertreter der Schweizer Transplantationsabteilungen organisierten sich seit 1969 in gemeinsamen Gremien, wie ich weiter unten genauer ausführen werde.

Andererseits war die Organisation der Schweizer Transplantationsmedizin in erster Linie eine Selbstorganisation. Es gab keine übergeordnete Instanz, die eine Zusammenarbeit gleichsam von »oben« anordnen und steuern konnte. Wie in anderen europäischen Ländern wurde die Transplantationsmedizin in der Schweiz anfänglich weitgehend unkoordiniert und ohne Lenkung durch Gesundheitspolitiker eingeführt und organisiert.[333] Die Kooperation setzte also stets ein kompatibles Interesse und einen gemeinsamen Willen der einzelnen Akteure und Institutionen voraus. Waren diese bei der Organisation der Beschaffung der knappen Organressourcen immer gegeben? Ein besonderes Augenmerk soll im Folgenden auf die Konflikte zwischen den einzelnen Institutionen gelegt werden. Ich werde versuchen, das komplexe Verhältnis von Kooperation und Konkurrenz zu bestimmen, das für das Dispositiv der Organspende bezeichnend war. Dabei gehe ich der Frage nach, inwiefern dieses Dispositiv von einer ökonomischen Logik geprägt war.

Systembildung und »HLA-Hypothese«

Der Systembildungsprozess unter den Transplantationszentren hatte schon früh eingesetzt. Seine Grundlage bildete die »HLA-Hypothese« – die Überzeugung, dass eine immunologische Übereinstimmung von Spender und Empfänger die Gefahr einer Abstoßung des fremden Organs verringern und die somit die Erfolgschance einer Transplantation erhöhen würde.[334] Neben der immunologischen wurde bei der Organtransplantation auch eine Kompatibilität der Blutgruppen vorausgesetzt.[335] Daraus ergab sich die Notwendigkeit der Schaffung eines großen Empfänger-Pools mittels eines Organaustauschs zwischen den transplantierenden Krankenhäusern. Denn je grösser der Empfänger-Pool, desto grösser erschien auch die Chance auf eine gute Übereinstimmung.[336] Der Organaustausch war organisatorisch sehr aufwendig: Er setzte die immunologische Typisierung sämtlicher Spender und Empfänger, einen permanenten Austausch von Daten und Geweben unter den Krankenhäusern sowie den Transport von Organen und Personen unter großem Zeitdruck voraus.[337]

Ende der 1960er Jahre bildeten sich in Europa überregionale und teilweise auch internationale Organisationen für den Austausch und die Vermittlung von Nieren wie Eurotransplant (1967), Francetransplant (1969) oder Scandiatransplant (1969). In der Schweiz gründeten Transplantationsmediziner 1969

eine Arbeitsgemeinschaft für Transplantationschirurgie, der neben den Spitälern in Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich (und wenig später St. Gallen) für einige Jahre auch die Krankenhäuser in den deutschen Städten Freiburg und München angehörten.[338]

Bis 1977 war der Austausch der Nieren zwischen den Transplantationszentren sehr rege: Meist wurde über die Hälfte aller in der Schweiz entnommenen Nieren nicht am eigenen Zentrum verpflanzt, sondern an ein anderes Zentrum versandt. Danach sank der Anteil der ausgetauschten Nieren auf rund 40 Prozent, ab 1984 gar auf rund 20 Prozent und tiefer – um dann gegen Ende der 1990er Jahre wieder etwas anzusteigen.[339] Die tendenzielle Abnahme des Nieren-Austausches ab Ende der 1970er Jahre – die auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten war – stand vermutlich auch im Zusammenhang mit dem Anwachsen der Wartelisten. Dieses erhöhte die Chance, am eigenen Zentrum einen geeigneten Empfänger zu finden. In erster Linie spiegelt sie aber wohl die abnehmende Bedeutung der HLA-Kompatibilität, deren Wirksamkeit bereits ab Mitte der 1970er Jahre hinterfragt wurde.[340]

So konstatierte Felix Largiadèr in einem Aufsatz von 1976: »In bezug [sic!] auf die Gewebetypisierung müssen wir heute zugeben, dass die vor 6 Jahren mit grosser Hoffnung eingeführte serologische HLA-Typisierung die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllt hat.« Die HLA-Kompatibilität habe praktisch keinen Einfluss auf das Transplantatüberleben, mit Ausnahme von verwandten und präsensibilisierten Patienten.[341] Bei letzteren handelt es sich um Empfänger, die aufgrund einer ungünstigen Gewebeverträglichkeit auf eine hohe HLA-Übereinstimmung angewiesen sind.[342] Im Jahresbericht des Basler Kantonsspitals von 1979 wurde denn auch die Vermutung geäußert, dass der abnehmende Organaustausch ein Ausdruck davon sei, dass beim nicht-sensibilisierten Empfänger eine hochgradige HLA-Übereinstimmung offenbar nicht unbedingt erforderlich sei.[343] Die Einführung des wirksamen immunsuppressiven Wirkstoffs Cyclosporin Anfang der 1980er Jahre trug weiter zur Relativierung der Bedeutung der HLA-Kompatibilität bei.[344]

Damit war die Grundlage der Zusammenarbeit der Transplantationszentren zunehmend in Frage gestellt. Der Organaustausch wurde von nun an vor allem mit der Möglichkeit begründet, auch für präsensibilisierte Patienten innerhalb nützlicher Frist passende Organe finden zu können, sowie mit der Erfordernis, dass zur Verfügung stehende Organe nicht mangels geeigneter Empfänger verloren gehen.[345]

Umstrittener Organaustausch

1985 ging aus der Arbeitsgemeinschaft für Transplantationschirurgie die Stiftung Swisstransplant hervor, die neben anderen Aufgaben auch für die Koordination des Organaustauschs verantwortlich war. Der Austausch gab trotz

oder vielmehr gerade wegen seiner geringeren Notwendigkeit immer wieder Anlass zur Diskussion. Ab 1992 verfügte Swisstransplant über eine nationale Agentur, die den Organaustausch zentral koordinierte.[346] Ihr kam aber nicht die Funktion einer übergeordneten Instanz zu. Sie musste vielmehr die Interessen der einzelnen Zentren austarieren, in deren Dienst sie sich stellte: »[...] la Coordination nationale doit faire la preuve par l'acte et si elle ne travaillait pas de façon satisfaisante pour tout le monde, il serait possible de modifier le système«, stellte der Swisstransplant-Präsident 1993 klar.[347] Die Kooperation war also nicht selbstverständlich gegeben; der Organaustausch war nicht unumstritten. Deshalb war die Koordinationsstelle auch verpflichtet, Transparenz zu schaffen. Diese, wie der Swisstransplant-Präsident ausführte, sollte es erlauben, Irregularitäten zu erkennen, und so eine gegenseitige Überwachung der Transplantationszentren ermöglichen.[348]

Die Modalitäten des Austauschs, so zeigen die Swisstransplant-internen Quellen deutlich, waren das Resultat von permanenten Aushandlungsprozessen zwischen den Zentren. Trotz der ständigen Modifizierung der Austauschkriterien lassen sich gewisse Grundsätze festhalten, die in den 1980er und 1990er Jahren bestimmend waren. So ging eine Niere in erster Priorität an präsensibilisierte Empfänger in der ganzen Schweiz, die auf eine hohe HLA-Übereinstimmung angewiesen waren. Bei Herz, Lunge und Leber – bei denen es kein alternatives Ersatzverfahren wie die Dialyse bei der Niere gibt – wurden die Organe primär blutgruppenkompatiblen »super-dringenden« Patienten in kritischem Zustand zugeteilt.[349]

Abgesehen von diesen Spezialfällen erfolgte die Zuteilung nicht an Patienten, sondern an Zentren. Dabei galt der Grundsatz »regionals first«: Ein Organ wurde, wenn möglich, in demjenigen Zentrum transplantiert, in dem es entnommen wurde. Dies sei organisatorisch praktischer und auch medizinisch sinnvoller, so lautete die häufige Begründung.[350] Nur wenn im eigenen Zentrum kein passender Empfänger vorhanden war, wurde das Organ anderen schweizerischen oder ausländischen Zentren angeboten. Für eine Nierenspende bedeutete das gewöhnlich: Die erste Niere ging an einen präsensibilisierten Patienten, die zweite Niere konnte im eigenen Zentrum transplantiert werden.[351]

Der Austausch blieb ein ständiger Diskussionsgegenstand – nicht nur, weil die genauen Kriterien den neuesten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und Entwicklungen angepasst werden mussten, sondern weil nicht alle Zentren mit der Regelung und der Praxis des Austauschs zufrieden waren. So wurde bereits im Jahresbericht des Kantonsspitals Basels von 1979 bemängelt, dass Basel nur fünf »schweizerische« Nieren erhalten habe. Die Tendenz einzelner Zentren, die Organe möglichst für Patienten der eigenen Dialysestationen zu verwenden, stehe vermutlich im Zusammenhang mit der Organknappheit.[352]

Mehrmals wurden an Jahresversammlungen der STAN (Swisstransplant Arbeitsgruppe Niere) die mangelnde Zusammenarbeit und die Nichteinhaltung der Austauschregeln durch einzelne Zentren gerügt.[353] 1986 führte die STAN ein Kontrollblatt für Leichennierentransplantationen ein. Darauf mussten auch die Gründe angegeben werden, weshalb eine Niere nicht verschickt wurde, obwohl aufgrund der Spender-Typisierung eine Versandpflicht an einen präsensibilisierten Spender bestanden hätte. Dies sollte einerseits der Transparenz dienen. Es müsse Gewissheit herrschen, dass die Regeln von allen exakt eingehalten würden, betonte der STAN-Präsident. Andererseits, so der Präsident, solle die Kontrolle auch dem »Frust-Abbau« für jene Zentren dienen, die keine oder wenige Nieren erhalten.[354]

Aus »Frust« beschwerte sich 1997 das Lebertransplantationsteam vom Inselspital Bern über eine »Asymmetrie« zu ihren Ungunsten: Bern, so berichtet das Sitzungsprotokoll, hatte 1996 die meisten Organspender, musste aber wegen Blutgruppeninkompatibilität mehrere Lebern abgeben, wobei Genf profitierte. Aufgrund der strikten alphabetischen Reihenfolge bei der Organverteilung auf die vier lebertransplantierenden Zentren sei Bern kaum je an die Spitze der Liste vorgestoßen, weshalb es trotz des größten Spenderaufkommens benachteiligt worden sei.[355] Auch die Reihenfolge, in der Organe, die vom eigenen Krankenhaus nicht gebraucht werden, den anderen Schweizer Zentren angeboten werden, war also Gegenstand kontroverser Verhandlungen. So wehrten sich 1992 Vertreter des Universitätsspitals Genf heftig gegen einen Vorschlag aus Zürich, demgemäß 75 Prozent der Herzen nach Zürich, und nur 15 Prozent nach Lausanne und 10 Prozent nach Genf vermittelt worden wären.[356]

Die Zähmung des Verteilkampfs

Für die einzelnen Zentren war der Organaustausch offenbar eine zweischneidige Angelegenheit: Sie waren für die präsensibilisierten und dringenden Patienten auf ihrer Warteliste auf den Austausch angewiesen. Gleichzeitig gaben sie die selber entnommenen Organe nur ungern weiter. Diese Logik, die das Dispositiv des Organaustauschs bestimmte, ließe sich spieltheoretisch wie folgt beschreiben: Das Gesamtsystem, d.h. alle Zentren zusammen, hat längerfristig ein Interesse an Kooperation. Gleichzeitig haben die einzelnen Zentren aber stets einen kurzfristigen Anreiz, nicht zu kooperieren und die Organe für sich zu behalten. Diese Nicht-Kooperation wiederum schadet dem Gesamtsystem der Organbeschaffung und sorgt für Spannungen.

Um für einen Ausgleich zu sorgen und die Spannungen zu reduzieren, setzte sich im Laufe der 1990er Jahre für Nieren und Lebern die sogenannte Pay Back-Regelung durch: Zentren, die für prioritäre Empfänger Organe erhalten, müssen diese bei nächster Gelegenheit dem offerierenden Zentrum

»zurückerstatten«, falls dieses einen Eigenbedarf für das Organ gehabt hätte.[357] Mit einem funktionierenden Pay-Back-System entfällt der Anreiz zur Umgehung der Regeln; der Austausch wird zum Nullsummenspiel.[358] Damit sollte auch die Motivation zur Organbeschaffung gewährt bleiben. »Jedes Zentrum kann letztlich nur so viele Organe selber transplantieren, als es Organe gewinnt«, beschrieb Gilbert Thiel 1999 den Vorteil dieser Regelung. Das sei ein wesentlicher Stimulus zur schwierigen Gewinnung von Leichenorganen.[359]

Aus anderer Perspektive schien die Sorge berechtigt, dass die Motivation für die Organbeschaffung trotz Pay Back-System sinke, wenn die »eigenen« Organe nicht für »eigene« Patienten eingesetzt werden.[360] Ein Genfer Nephrologe warnte 1996, dass sich die Beziehungen zur Intensivstation verschlechtere, wenn ein Krankenhaus zwei »eigene« Nieren geben müsse. Umgekehrt habe es einen positiven Effekt, wenn der Transplantierte in der Intensivabteilung hospitalisiert werde.[361] Wir haben es hier einmal mehr mit dem Trostprinzip zu tun: Die entlastende Deutung der Organspende als Rettung des Empfängers funktioniert besonders gut, wenn der Empfänger als konkrete Person erfahrbar ist.

Einige Beispiele zeigen zudem, dass auch mit der Pay Back-Regel ein Potential für Spannungen vorhanden war: So gab es Unklarheiten, ob eine Rückerstattung einer Niere zu erfolgen hat, auch wenn das offerierende Zentrum diese gar nicht brauchen konnte.[362] In einem Brief an den STAN-Präsidenten erzählt ein Zürcher Arzt von einer solchen Niere, die mit der Auflage angeboten worden sei, das Angebot nur bei zugesichertem Pay Back zu realisieren. Diese »Form der Erpressung« nach dem Motto »dem Meistbietenden die Niere« sei glücklicherweise von allen Zentren abgelehnt worden.[363] Bei einem anderen in der STAN diskutierten Fall ging es um die Qualität der Organe: Das Spital in Basel habe zwei ihm angebotene Nieren als qualitativ ungenügend bewertet und deshalb ein Pay Back verweigert. Basel akzeptierte schließlich den Kompromissvorschlag, eine der beiden Nieren zurückzuerstatten.[364]

Obwohl der Organaustausch zwischen den transplantierenden Zentren laut Studien und Aussagen der Verantwortlichen in den 1990er Jahren insgesamt gut funktionierte,[365] kann von einer uneigennützigen Kooperation kaum die Rede sein. Vielmehr zeugen die Quellen von einem Konkurrenzkampf der Krankenhäuser um die raren Organressourcen, der in anhaltenden kollektiven Aushandlungen gezähmt und reguliert wurde. Die Voraussetzung für die kollektive Regulierung war eine stete gegenseitige Überwachung und Kontrolle. Das Klima zwischen den Zentren, so erinnert sich der Transplantationschirurg Felix Largiadèr in seinem historischen Rückblick, sei ab den späten 1980er Jahren vom Streit um die zur Mangelware gewordenen Organe belastet gewesen.[366]

Dieser »Verteilkampf um die begehrten Organe«[367] zeigte sich auch im Bemühen um die Spender in nichttransplantierenden Krankenhäusern. Es

handelt sich um Spenderkrankenhäuser, die selber keine Transplantationen vornahmen, aber über eine Intensivabteilung verfügten, und somit postmortale Organspenden durchführen oder zumindest hirntote Organspender identifizieren und in die Zentren überweisen konnten. Lange war üblich, dass das Einzugsgebiet der Transplantationszentren diejenigen nichttransplantierenden Krankenhäuser umfasste, von denen sie auch Transplantationspatienten zugewiesen bekamen. In den 1990er Jahren stellten die kleineren Zentren dieses »Prinzip der Regionalität« aber erfolgreich in Frage – was Largiadèr retrospektiv als »Raubzug auf die Spender der grossen Zentren« bezeichnete.[368] Umstritten war darüber hinaus auch das geographische Einzugsgebiet der Zentren.[369] Nach der Zunahme von Multiorganentnahmen äußerten einige Transplantationszentren zudem den Verdacht, dass angereiste Leberentnahme-Teams in Spenderkrankenhäusern auch gleich die Nieren entnehmen und sie damit dem zuständigen Zentrum und seinen Empfängern vorenthalten würden.[370]

Hintergründe der Konkurrenz

Die Zentren und ihre Exponenten hatten offenbar das Ziel, selber möglichst viele Transplantationen durchzuführen. Worauf beruhte dieser Wille, selber möglichst viel zu transplantieren? Weshalb waren die Transplantationschirurgen nicht nur an der Verbesserung der Qualität, sondern auch an der Erhöhung der Quantität der vorgenommenen Eingriffe innerhalb der eigenen Institution interessiert? Es lassen sich verschiedene Ursachen anführen, deren Stellenwert kaum eindeutig zu bestimmen ist.

Es ist nahe liegend, dass die Ärzte den Patienten auf der krankenhaus-eigenen Warteliste, die sie auch persönlich kannten, prioritär helfen wollten. Dazu kommen – wie bei allen anderen medizinischen Eingriffen – die wirtschaftlichen Anreize für die Krankenhäuser, da die Krankenkassen die Kosten für die Transplantationen wie auch für die Organbeschaffung vergüteten.[371]

Bedeutender war allerdings wohl die Konkurrenzsituation der Zentren angesichts der steigenden Gefahr einer gesundheitspolitischen Konzentration der Transplantationsmedizin. Die Forderung, die einzelnen Transplantationstypen auf eines oder wenige Krankenhäuser zu beschränken, wurde in den 1990er Jahren immer wieder laut.[372] Sie entsprach einerseits dem gesundheitspolitischen Trend, mit der Konzentration der Spitzenmedizin Kosten zu sparen.[373] Andererseits wurde darauf hingewiesen, dass sich die Resultate der Transplantationen entsprechend der Häufigkeit der Eingriffe verbesserten.[374] Dasjenige Krankenhaus, das am meisten Organe transplantierte, hatte also die besten Aussichten auf einen Fortbestand oder Ausbau des eigenen Transplantationsprogramms. Damit stand auch die wirtschaftliche Grundlage der betroffenen Institutionen und der medizinischen Akteure mit auf dem Spiel.

Besonders der lang anhaltende Streit der Spitäler in Zürich, Genf, Lausanne, Bern und Basel um die Durchführung von Herztransplantationen deutet darauf hin, dass die Anreize über rein finanzielle Motive hinausgingen.[375] Eine gesundheitsökonomische und gesundheitspolitische Studie zu den Herztransplantations-Programmen in der Schweiz von 1994 konstatierte: Sowohl die kantonalen Gesundheitspolitiker als auch die Spitalleitungen und die Chefärzte der Kliniken hätten eher einen Anreiz auf eine aktivitätssteigernde Expansion am eigenen Zentrum als auf eine überregionale Koordination.[376] Dabei stünden nicht in erster Linie finanzielle Motive im Vordergrund. Die Thematik der Herztransplantation sei vielmehr prestige- und emotionsgeladen.[377] Auch Largiadèr erwähnt in seiner Transplantationsgeschichte, dass die Universitätskliniken die Herztransplantationen nicht nur aus fachlicher Notwendigkeit, sondern auch zur Profilierung aufgenommen hätten.[378]

Die verantwortlichen medizinischen Akteure führten zwar verschiede Gründe an, warum Herz- oder auch Lebertransplantationen gerade am eigenen Krankenhaus medizinisch und finanziell sinnvoll seien.[379] Viele Aussagen deuten aber darauf hin, dass der Widerstand gegen die Konzentration auf der Angst beruhte, im Bereich der Transplantationsmedizin gegenüber der Konkurrenz zweitrangig zu werden: »Wenn von fünf herzchirurgischen Unikliniken vier die Herztransplantation machen, dann muss die fünfte auch mitziehen, sonst rückt sie in die Zweitrangigkeit ab«, erklärte etwa ein Berner Herzchirurg zu Beginn der 1990er Jahre.[380] Jahre später konstatierte ein anderer Chefchirurg des Inselspitals: »Eine Uniklinik ohne Organtransplantation ist eine Uniklinik zweiter Klasse.«[381]

Organtransplantation als symbolisches Kapital

Transplantationen – und speziell Herztransplantationen – brachten offenbar in den Augen der medizinischen Verantwortlichen eine Reputation mit sich, die auf die gesamte Abteilung und das gesamte Krankenhaus ausstrahlte. Ein heute tätiger Herzchirurg erklärte die mangelnde Koordination der Herztransplantations-Programme folgendermaßen: »Das Prestige spielt eine grosse Rolle. Nicht nur für die Chirurgen, sondern auch für die Spitäler und die Kantone. Und das Herz ist das prestigereichste Organ! Es ist das Leben, ist Emotion, wir spüren es. Obwohl man auch sagen könnte, es sei bloss ein Muskel mit ein paar Klappen.«[382]

Die Organtransplantation brachte nicht nur einen Prestigegewinn für medizinische Institutionen, sondern auch für bestimmte medizinische Akteure mit sich: Der Aufstieg der Transplantationsmedizin, so zeigte der Medizinhistoriker Thomas Schlich auf, war mit einer Aufwertung bestimmter medizinischer Disziplinen verbunden. Neben den Immunologen gewannen vor allem die Chirurgen und im Besonderen die Transplantationschirurgen an innerme-

dizinischer, aber auch gesellschaftlicher Bedeutung.[383] Dies macht den Willen von Chirurgen verständlich, Organtransplantationen durchzuführen.

Der Konkurrenzkampf der Ärzte und Krankenhäuser, möglichst viele Organe zu transplantieren, kann mit dem Soziologen Pierre Bourdieu als Streben nach symbolischem Kapital erklärt werden. Um dieses knappe Gut wetteifern die Akteure im ärztlichen Feld, um in der ärztlichen Hierarchie aufzusteigen. Dieser Kampf um symbolische Macht kann als Spiel beschrieben werden, das nach den speziellen Regeln des ärztlichen Feldes gespielt wird.[384] Symbolisches Kapital steht für Prestige, Ehre und Anerkennung; es kann, laut Bourdieu, in andere Kapitalformen – ökonomisches, soziales oder kulturelles Kapital – umgewandelt werden.[385] Dabei ist es nicht relevant, ob die Durchführung von Transplantationen von einem wissenschaftlichen oder ökonomischen Standpunkt aus tatsächlich lukrativ ist. Symbolisches Kapital stellt eine sozial erzeugte Fiktion dar, da es immer nur durch die anderen verliehen werden kann. Entscheidend ist, dass die ärztlichen Akteure – die Spieler im Spiel um Macht – daran glauben, dass mit Transplantationen viel symbolisches Kapital zu gewinnen ist.[386]

Auch manche wissenschaftshistorische Theorien betonen im Sinne Bourdieus die Bedeutung des Konkurrenzkampfes für die Entwicklung der Wissenschaft: Um sich zu behaupten, kämpfen Forscher um Aufmerksamkeit und Glaubwürdigkeit, die sie als ihr Kapital akkumulieren.[387] Im Bereich der Transplantationsmedizin fällt eine klare Unterscheidung von klinischer Praxis und Forschung schwer. Deshalb konnte eine erhöhte Transplantationsfrequenz auch erstrebenswert sein, weil sie einen Vorteil im internationalen wissenschaftlichen Wettstreit bedeutete.

Wie in anderen wissenschaftlichen und medizinischen Feldern garantierten in der Transplantationsmedizin speziell Pionierleistungen große Aufmerksamkeit. So bestanden historische Rückblicke oft aus Auflistungen der ersten erfolgreichen Transplantationen der verschiedenen Organe und Organ-Kombinationen.[388] Bei der ersten, letztlich gescheiterten Herztransplantation in Zürich von 1969 hat (wie bei anderen Herzübertragungen in dieser Phase) die internationale Konkurrenzsituation und die Hoffnung auf Erkenntnis- und Prestigegewinn als Motiv eine wichtige Rolle gespielt.[389] In der Debatte um die ersten Herztransplantationen war der Vorwurf des Konkurrenz- und Prestigedenkens denn auch sehr präsent.[390] Dass mit der Organtransplantation viel wissenschaftliches Prestige zu gewinnen war, zeigt nicht zuletzt der Umstand, dass vier Nobelpreise für Leistungen im Zusammenhang mit der Transplantationsmedizin vergeben wurden.[391]

Die ökonomische Logik des Organaustauschs

Eine Sichtweise, die den Wettbewerb um symbolisches Kapital und Aufmerksamkeit ins Zentrum stellt, geht davon aus, dass die Akteure utilitaristisch, im Sinne einer strategischen Nutzenmaximierung handeln.[392] Die Analyse der Praxis der Organspende in diesem Kapitel hat gezeigt, dass das Handeln der medizinischen Akteure keinesfalls in solchen Kosten-Nutzen-Kalkülen aufgeht. Die Diskurse, die im Dispositiv der Organspende wirksam waren, generierten handlungsanleitende Deutungen, deren Logik sich nicht auf rationale Optimierungsstrategien reduzieren lässt. Trotzdem war dieses Dispositiv mitunter auch von einer ökonomischen Logik bestimmt, von einem ökonomisch strukturierten Diskurs, der ein ökonomisches Handeln der Akteure implizierte, das sich am Postulat der Optimierung und Nutzenmaximierung orientierte.

Dies zeigt die Analyse des Organaustausches zwischen den Transplantationszentren: Die Zirkulation der Organe gestaltete sich gleichsam als reguliertes Marktsystem, in dem Waren gemäß ihrer Qualität ausgetauscht werden. Um »gleichberechtigt am internationalen Austausch teilnehmen zu können und ›gute‹ Organe von auswärts erhalten zu können, müssen wir auch in der Lage sein ›gute‹ Organe zu liefern«, beschrieb ein internes Papier des Inselspitals Bern Ende der 1980er Jahre diese Logik des Äquivalenztauschs.[393] Zentral für die mathematische Auswertung dieses Organaustausch-Marktes waren die »Zentrumsbilanzen«: Eine positive oder negative Bilanz eines Zentrums ergab sich aus dem Verhältnis der exportierten und importierten Organe. Deutlich wird die ökonomische Logik in der Semantik des Organtausches: Ein Krankenhaus, welches das »Organ-Angebot« eines anderen Krankenhauses annimmt, »verschuldet« sich, steht in der »Schuld« des anderen Krankenhauses, die es »abgelten« muss, indem es das Organ »zurückzahlt« und so den »Verlust kompensiert«.[394]

Das Sprechen über den Organaustausch kreiste um den Wettbewerb und dessen Fesselung und begriff die Organe gleichsam als Handelsgüter. Es war Teil eines organisatorisch-ökonomischen Diskurses, der vom Signifikant »Organmangel« organisiert wurde, und das Organ als knappe, wertvolle Ressource konzipierte. Das ökonomische Reden über den Organaustausch verweist nicht auf einen zynischen oder entwürdigenden Sprachgebrauch von Spitzenmedizinern. Eher kann es verstanden werden als Symptom einer zunehmenden Ökonomisierung, einer neoliberalen Umgestaltung des Gesundheitswesens seit den 1980er Jahren, in deren Zuge der Markt auch im Dispositiv der Medizin zu einem »Ort der Wahrheit« (Foucault) wurde.[395]

Vor allem aber spiegelt es die spannungsvolle Situation, in der sich die Transplantationschirurgen und ihre Institutionen befanden. Sie wollten den von ihnen verkündeten »Siegeszug der Transplantationschirurgie« fortzuführen und allen Kranken, die auf ein neues Organ warteten, helfen. Diese Auf-

gabe war unlösbar, da die Spenderzahlen sanken und nicht wieder anstiegen. Die Diskrepanz zwischen den selbst auferlegten Ansprüchen und der Realität des Organmangels machte die Verteilung der Organe zu einem Problem, das für die Zentren kaum restlos befriedigend lösbar war.

Das rein ökonomische Sprechen war indessen weitgehend den Transplantationschirurgen und ihren Vorgesetzten vorbehalten. Wie wir gesehen haben, wurde die Involviertheit des Pflegepersonals in die Organtransplantation in anderen, moralischen Kategorien verhandelt: Im Vordergrund stand die Frage nach dem ethisch richtigen Verhalten, nach der Verantwortung, nach den richtigen Gefühlen. Es erstaunt nicht, dass gerade aus den Reihen der Pflegenden Kritik am Konkurrenzdenken der Chirurgen laut wurde: Eine Operationsschwester beklagte gegenüber der Zeitschrift *Krankenpflege* etwa einen versteckt geführten Konkurrenzkampf der Chirurgen, wer am meisten Transplantationen vorgenommen habe.[396] Und der SBK bemerkte in seiner Stellungnahme zur Organspende-Kampagne, dass das Prestige, das oft mit Organtransplantationen verbunden sei, die Würde aller Beteiligten bedrohe.[397]

Die Ärzte wiederum verwehrten sich gegen den Verdacht des Konkurrenz- und Prestigedenkens: Die Transplantationsärzte kannten sich gut und unterhielten freundschaftliche Beziehungen, betonte etwa der Präsident des Exekutivkomitees von Swisstransplant 1994 in einem Interview. »Es gibt keine Konkurrenz unter uns.«[398] Und ein Berner Herzchirurg versicherte, es gebe kein Prestigedenken zwischen den Schweizer Universitätsspitälern hinsichtlich der Transplantation.[399] Zumindest gegen außen sollte offenbar der Eindruck vermieden werden, dass bei der Organspende andere Motive als das Wohl der Empfänger eine Rolle spielen.

Die schwierige Integration der nichttransplantierenden Krankenhäuser

Auch das Verhältnis der Transplantationszentren zu den nichttransplantierenden Krankenhäuser war durch Spannungen geprägt, die sowohl in moralischen als auch ökonomischen Kategorien verhandelt wurden. Die verantwortlichen Transplantationsärzte setzten große Hoffnung in die verstärkte Integration dieser Institutionen in das System der Organbeschaffung. Schon kurze Zeit nach Beginn der Transplantationstätigkeit in der Schweiz hatten einzelne nichttransplantierende Krankenhäuser den Transplantationszentren Organe bzw. Spender geliefert.[400] Die Zentren bemängelten aber schon bald die zu kleine Zahl der gelieferten Organe. Es »wäre höchst wünschenswert, dass uns auswärtige Spitäler nicht nur Patienten zur Transplantation, sondern auch in vermehrtem Masse transplantierfähige Nieren zusenden«, verlautete der Jahresbericht des Zürcher Universitätsspitals von 1975.[401]

In Patienten, die in den Intensivabteilungen dieser Krankenhäuser einen Hirntod starben, sahen die Transplantationsärzte ein großes, ungenutztes Potential. Es bleibe eine der vordringlichsten Aufgaben für die Zukunft, dieses weitgehend ungenutzte Spenderpotential effektiver auszuschöpfen durch verbesserte Koordination und Motivation aller Spitäler, die mit hirntoten Patienten zu tun haben, heißt es im Jahresbericht des Inselspitals Bern von 1985.[402]

Die Appelle der Transplantationszentren und ihre Versuche, die nichttransplantierenden Krankenhäuser zu informieren und zur Mitarbeit zu motivieren, zeigten wenig Wirkung.[403] Leicht resigniert erklärte der Swisstransplant-Präsident und Genfer Staatsrat Guy-Olivier Segond 1993 in einem Interview: »Ich weiss nicht, ob die Regionalspitäler bei den Organentnahmen nicht mitmachen wollen, oder ob sie nicht wissen, wie sie es anfangen sollen.«[404] Auch zehn Jahre später hatte sich die Situation nach Einschätzung der Verantwortlichen nicht grundlegend verbessert: Rund 50 Prozent der Spenderorgane würden aufgrund der zurückhaltenden Meldepraxis der kleineren und mittleren Spitäler verloren gehen, konstatierte Sebastiano Martinoli 2003.[405]

Fehlende Anreize

Die gescholtenen nichttransplantierenden Krankenhäuser reagierten auf die Vorwürfe. Vor allem Verantwortliche der Spitäler in Aarau und Chur, die sich nach eigenem Bekunden sehr um Organspenden bemühten, meldeten sich zu Wort.

In einem Brief an die SAMW thematisierte der Leiter der Intensivstation des Kantonsspitals in Chur 1994 die großen emotionalen Probleme rund um Hirntod und Organspende. Dabei kritisierte er den zunehmenden Druck auf seine Abteilung: »[...] obwohl wir im Einzelfall nie konkreten Pressionen ausgesetzt waren, bauen Transplanteure und Transplantierten-Organisationen auf uns peripheres Spenderspital einen namhaften Druck auf, der jedenfalls stärker ist, als was sie in der Präambel vorschlagen [...].«[406] Der Verweis auf die Präambel bezieht sich auf die Richtlinien der SAMW zur Todesfeststellung von 1996.[407] Dort ist festgehalten, dass Ärzte, welche für transplantationschirurgische Eingriffe Verantwortung tragen, Kollegen, die Sterbende betreuen, weder unter Zeitdruck setzen noch anderweitig zu beeinflussen suchen dürften.[408] Bereits 1982 hatte der Churer Arzt zusammen mit Kollegen in einem Aufsatz betont, dass Hirntoddiagnose und Organentnahme für das Krankenhaus nicht nur mit beachtlichem Aufwand und Umtrieb verbunden, sondern auch mit ethischen und emotionalen Aspekten belastet seien.[409]

Auch Exponenten des Kantonsspitals Aarau machten auf die unbefriedigende Situation des Spenderkrankenhauses aufmerksam. Der Einsatz sei groß und einseitig, denn der Dank bleibe aus, resümierte ein leitender Arzt 1992 an einem Organspende-Symposium in Basel. Er beanstandete die geringe Hilfs-

bereitschaft der Transplantationszentren.[410] Die Organspende, so stellten die nichttransplantierenden Krankenhäuser klar, sei für sie wenig attraktiv.

Dabei bedienten sie sich nicht nur moralischen, sondern auch ökonomischen Argumenten. Dies wird in einem im selben Jahr erschienenen Fachaufsatz deutlich, in dem die Aarauer Ärzte die fehlende Koordination und das Missverhältnis zwischen Aufwand und Ertrag für die Spenderkrankenhäuser beanstandeten. Die organisatorischen Anstrengungen seien groß, Dank und finanzielle Entschädigung blieben aus – die Bilanz stimme nicht. Die Anliegen der nichttransplantierenden Krankenhäuser müssten von den Transplantationszentren ernst genommen und diese als Partner akzeptiert werden.[411]

Die Spenderkrankenhäuser wehrten sich also gegen einseitige Vorwürfe der Transplantationszentren. Diese, so ihre Argumentation, übten zwar großen Druck aus, würden sich aber zu wenig um die Probleme der Spenderkrankenhäuser kümmern. Bisweilen drehten die Spenderkrankenhäuser den Spieß gar um, und wiesen die Schuld am Organmangel gezielt den Transplantationszentren zu: Das für den Organmangel verantwortliche Misstrauen des Publikums und »leider« auch der Mediziner gegenüber der Transplantationsmedizin werde »nicht zuletzt vom Prestigedenken der grossen Zentren geschürt«, schrieben die Aarauer Ärzte in ihrem Aufsatz.[412] Gleichzeitig merkten sie an, dass bei der Organspende »zumindest für uns kein Prestigegewinn zu erwarten« sei.[413]

Diese Bemerkung kann als ironischer Seitenhieb auf das Prestigedenken der Zentren gelesen werden. Nimmt man die Aussage aber ernst, so hieße das vor dem Hintergrund von Bourdieus Kapitaltheorie, dass die Ärzte des nichttransplantierenden Krankenhauses den Kampf ums symbolische Kapital durch Transplantationen nicht grundsätzlich hinterfragten. Vielmehr beanstandeten sie den Umstand, dass nur die transplantierenden Ärzte und Kliniken symbolisches Kapital akkumulierten, nicht aber diejenigen Akteure, die alleine mit der Organbeschaffung betraut waren.

Zwischen Utilitarismus und Idealismus

Diese Überlegungen verweisen auf eine grundsätzliche Problematik der Systembildung und Kooperation in der Transplantationsmedizin: Einerseits bildete die Verfügbarkeit über Organe die Grundlage für Transplantationen und damit für den Gewinn von symbolischem Kapital. Andererseits fehlte es genau bei der Organbeschaffung an Anreizen, da in diesem Bereich wenig symbolisches Kapital zu erwerben war. Diese ungleichen Potentiale für symbolisches Kapital spiegeln die entgegengesetzte Wertung von Implantation und Explantation in der öffentlichen Wahrnehmung. Aus diesem Grund war auch die Wirkung des Drucks begrenzt, der von den Zentren auf die Intensivstationen nichttransplantierender Krankenhäuser ausgeübt wurde.

Vielversprechender wäre eine Änderung der Spielregeln im Feld der Transplantationsmedizin gewesen, welche den Akteuren der Organbeschaffung Zugang zu symbolischem Kapital eröffnet hätte. Die öffentliche und fachinterne Intervention der Aarauer Ärzte kann in diesem Sinne als Manifestation eines symbolischen Kampfes um die Definitions- und Legitimationsmacht über die Spielregeln interpretiert werden.[414] In den Worten Bourdieus handelte es sich um »Strategien der Häresie«, welche die etablierte Ordnung im transplantationsmedizinischen Feld in Frage stellen.[415]

Dass auch bei der Organbeschaffung zunehmend symbolisches Kapital zu erzielen war, zeigt das Beispiel des Spitals in Lugano. Das Spital und vor allem dessen Aushängeschild Sebastiano Martinoli etablierten sich im Laufe der 1990er Jahre dank der hohen Spenderquoten als führende Kapazitäten der Organbeschaffung. Dieser Status sicherte Martinoli und seiner Klinik große Präsenz und Aufmerksamkeit sowohl in medizinischen als auch in öffentlichen Medien.[416]

Trotz allem blieb die Aussicht auf Prestigegewinn kaum der entscheidende Faktor für die loyale Mitarbeit bei der Organbeschaffung. Große Hoffnungen hinsichtlich eines verbesserten Engagements der nichttransplantierenden Krankenhäuser wurden denn auch auf den Anreiz mit ökonomischem Kapital gelegt. Das Protokoll der Jahresversammlung der STAN (Swisstransplant Arbeitsgruppe Nierentransplantation) von 1996 hält fest, dass das Problem vor allem finanzieller Natur sei, und die Krankenhäuser entschädigt werden müssten.[417] Bis 1997 gingen die Kosten einer Organentnahme zu Lasten des Spenderkrankenhauses. Dann regelte ein Vertrag mit dem Schweizer Verband für Gemeinschaftsausgaben der Krankenkassen (SVK) die pauschalen Entschädigungen der Entnahmekliniken.[418]

Die mangelnden Anreize durch symbolisches oder ökonomisches Kapital verweisen schließlich wiederum auf die Wirkmächtigkeit des moralischen Diskurses: Die medizinischen Akteure, die sich in Intensivstationen und nichttransplantierenden Krankenhäuser trotz allem bei der Organbeschaffung engagierten, taten dies nicht zuletzt, weil sie dem internalisierten medizinischen Ethos folgend ihre Verantwortung für die schwerkranken Empfänger wahrnehmen wollten.

Jenseits der Nutzenmaximierung

Ich habe in diesem Kapitel gezeigt, dass die Praxis der Organspende im Rahmen des transplantationsmedizinischen Dispositivs nicht nur von einem naturwissenschaftlich-medizinischen, sondern auch von einem moralischen wie von einem organisatorisch-ökonomischen Diskurs bestimmt war. Es ist gerade die Ambivalenz von Idealismus und Utilitarismus, von Kooperation und Konkurrenz, die für diese Praxis bezeichnend war. Die Rede von der solidarischen

Spende, von der Verantwortung für den Empfänger, bestimmte sie genau so wie die Rede von Organmangel, Organbedarf und Optimierung. In welchem Verhältnis standen diese beiden semantischen Felder? Stützten sie sich oder blockierten sie sich vielmehr gegenseitig? Und welche Effekte hatten sie im Hinblick auf die Organisation und die rechtliche Regelung der Organspende im nationalen Transplantationsgesetz zur Jahrtausendwende?

Das Verhältnis dieser beiden Diskurse und ihre Effekte werde ich in den beiden folgenden Kapiteln eingehender beleuchten. Dort werde ich das öffentlich-mediale Sprechen über die Organbeschaffung als komplexes, widersprüchliches und umkämpftes semantisches Feld analysieren. Die Machteffekte der Organspende-Diskurse, dies sei vorweggenommen, können keineswegs auf ökonomische Zwänge reduziert werden. Es ging bei der Organtransplantation um mehr als um Nutzenmaximierung und Profit: um die Verbesserung und Verlängerung von Leben. Die Rolle, welche der Signifikant »Organhandel« in diesem Diskurs spielte, seine Bedeutung für die Realität der Schweizer Transplantationsmedizin, wird noch zu bestimmen sein.

Anmerkungen

1 | Hier ruht der Mann, dessen Herz ein Leben rettete, in: Blick, 11.7.1969.

2 | Die Gesetzgebung sei von der rasch vorangeschrittenen chirurgischen Technik überrumpelt worden, schrieb etwa die *Schweizer Illustrierte*. Ein neues Reglement sei notwendig, um die klaffenden Lücken in der Gesetzgebung zu schließen. Gerade weil es sich auch um ein menschlich-ethisches Problem handle, liege es im Interesse jedes Einzelnen, klar zu wissen, was erlaubt ist. Diskussion nach der ersten Herzverpflanzung in Zürich, in: Schweizer Illustrierte, 21.4.1969.

3 | Am 2. Juni 1969 kam es im Nationalrat zu zwei Vorstößen, die sich nach der Rechtsgrundlage der Zürcher Herztransplantation erkundigten. Der Bundesrat erinnerte daran, dass die Regelung der Transplantation in die Kompetenz der Kantone falle, erklärte sich aber bereit, die Rechtsfragen in Verbindung mit den Kantonen zu prüfen. Er beauftragte darauf eine Expertenkommission, das Bedürfnis einer Revision der Gesetzgebung bezüglich des Persönlichkeitsschutzes abzuklären – was aber ohne Folgen blieb. Vgl. Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt, Regierungsratsbeschluss vom 22. Mai 1973, Anzug G. Eichenberger und Anzug H. Hofer, Basel 23.5.1973, Staatsarchiv Basel-Stadt SD-REG 5a 0.69-0 (2), S. 2f. sowie Organverpflanzung und Recht, in: SÄZ, 8.7.1970, S. 805.

4 | Sie bezogen sich in ihrer Begründung meist explizit auf die Zürcher Herzverpflanzung. Vgl. etwa Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt, Regierungsratsbeschluss vom 22. Mai 1973, Anzug G. Eichenberger und Anzug H. Hofer, Basel 23.5.1973, Staatsarchiv Basel-Stadt SD-REG 5a 0.69-0 (2), S. 1.

5 | Gegen diese Bestimmungen erhoben der Rechtsanwalt Herbert Gross (der auch den Eltern des Herzspenders Gautschi bei ihrer Zivilklage als Anwalt beistand) sowie zehn von ihm vertretene Zürcher Bürgerinnen und Bürger staatsrechtliche Beschwerde. Bei der Organentnahme betrachteten die Beschwerdenführer eine ausdrückliche Zustimmung mit der Ausnahme von echten Notfällen für unerlässlich, da sonst das Persönlichkeitsrecht des Verstorbenen und seiner Angehörigen verletzt werde. Vgl. BGE 98 Ia 508 (Gross). Vgl. auch Todesfeststellung, Obduktion und Organentnahme vor der Verfassungsjustiz, in: SÄZ, 11.4.1973.
6 | Die Schweizerische Akademie der Medizinische Wissenschaften wurde 1943 durch die fünf medizinischen und die zwei veterinärmedizinischen Fakultäten sowie die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) gegründet. Nachdem sie sich anfänglich – weniger als Gewerkschaft der Ärzte denn als »Reflexionsorgan des Berufsstands« – in erster Linie für die Belange der medizinischen Wissenschaft einsetze, widmete sie sich ab Ende der 1960er Jahre vermehrt medizin-ethischen Fragen und erließ medizinisch-ethische Richtlinien für die Ärzteschaft. Vgl. Sprumont/Roduit 2008, S. 412f.
7 | Laut Vorsitzendem handelte es sich bei der Todesdiagnose um das »Kernproblem der Transplantationsfragen«. SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 2. Sitzung vom 11.6.1968, SAMW-Archiv, S. 11.
8 | Vgl. SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 1. Sitzung vom 7.5.1968, SAMW-Archiv, S. 2. Vgl. auch Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002, S. 1951f.
9 | Vgl. SAMW, Richtlinien für die Definition und die Diagnose des Todes, in: SÄZ, 23.4.1969, S. 431f. sowie Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002, S. 1951. 1983, 1996 und 2005 wurden die Richtlinien revidiert.
10 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 6. Sitzung vom 6.11.1969, SAMW-Archiv, S. 2.
11 | F. Largiadèr, A. Senning, F. Enderlin, M. Allgöwer, Ueberlegungen zu Richtlinien für Transplantatentnahmen bei Verstorbenen, 18.3.1970, SAMW-Archiv, S. 2.
12 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 4.
13 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 1. Sitzung vom 7.5.1968, SAMW-Archiv, S. 6.
14 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 6. Sitzung vom 6.11.1969, SAMW-Archiv, S. 3.
15 | Die Protokolle und die zugehörige Korrespondenz befanden sich bei meinen Besuchen im Jahre 2009 im Generalsekretariat der SAMW in Basel in einem Ordner im Archivraum. Auch wenn die Protokolle den Eindruck erwecken, dass sie den Verlauf und die einzelnen Beiträge der jeweiligen Sitzung detailliert abbilden, so muss man einschränkend und quellenkritisch festhalten, dass es sich in den in diesem Kapitel zitierten Voten immer schon um eine nachträgliche schriftliche Fassung einer mündlichen Aussage und damit auch um eine Interpretation derselben handelt.

16 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 6. Sitzung vom 6.11.1969, SAMW-Archiv, S. 2f.
17 | Vgl. Sprumont/Roduit 2008, S. 402ff. Vgl. zu den SAMW-Richtlinien auch Tröhler 1999, S. 50ff. Allgemein zum Auftauchen medizinischer Richtlinien vgl. Weisz u.a. 2007.
18 | Dieser Umstand wurde in juristischen Kreisen kritisiert. Vgl. Sprumont/Roduit 2008, S. 412ff. sowie Dumoulin 1998, S. 57f.
19 | Vgl. auch Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002, S. 1951.
20 | Vgl. Foucault 2001a, S. 25-30.
21 | Vgl. Gieryn 1983 sowie Gieryn 1995.
22 | »Boundary-work occurs as people contend for, legitimate, or challenge the cognitive authority of science – and the credibility, prestige, power, and material resources that attend such a privileged position.« Gieryn 1995, S. 405.
23 | Später waren neben Juristen vermehrt auch andere Laien, vor allem Ethiker und Politiker, in den SAMW-Kommissionen vertreten – auch in der Kommission, welche die 1995 erlassenen »Richtlinien für die Organtransplantation« ausarbeitete, die als Grundlage für die Ausarbeitung eines Schweizer Transplantationsgesetzes dienen sollten.
24 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 1. Sitzung vom 7.5.1968, SAMW-Archiv, S. 7 u.16.
25 | Vgl. Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002, S. 1953.
26 | Nissen, ein weltbekannter jüdischer Chirurg, der 1933 aus dem nationalsozialistischen Deutschland emigrierte, hatte bis 1967 den Lehrstuhl für Chirurgie an der Universität Basel inne. König, ein Berner Landarzt, war nach Aufgabe seiner ärztlichen Praxis Präsident der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) und saß im SAMW-Senat sowie im Verwaltungsrat der Inselkorporation in Bern. Beide gehörten sie einer älteren Ärztegeneration an, die mit der Transplantationsmedizin kaum oder erst spät in Kontakt kam. Dass ihre Biographie auch (standes-)politisch geprägt war, könnte mit erklären, weshalb sie über eine Sensibilität für die soziale Bedeutung und Verantwortung der Medizin verfügten.
27 | Brief von F. Largiadèr an die SAMW, 16.3.1972, SAMW-Archiv. Largiadèr bezieht sich auf eine Replik von König auf einen Beitrag des Journalisten Carlo Grassi in den *Basler Nachrichten*, der sich gegen die obligatorische Befragung ausspricht (Basler Nachrichten, 10.2.1972).
28 | Brief von R. Nissen an A. Werthemann, 9.2.1970, SAMW-Archiv, S. 2.
29 | Sein einmaliger Vertreter André Montandon, Spezialist für die Nierentransplantation, votierte anfangs für die Befragung der Angehörigen, zeigte sich dann aber für die Argumente seiner Basler und Zürcher Kollegen viel empfänglicher als Reubi. Vgl. SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 11. Sitzung vom 7.6.1973, SAMW-Archiv, S. 4.
30 | Vgl. Kein Herz wird im Schlaf geraubt, in: Der Bund, 9.7.1969 sowie Tagwacht, 10.7.1969. Vgl. auch Ärztekollegium Inselspital Bern, Merkblatt betreffend Hirntod und Organentnahme zu Transplantationszwecken, 15.10.1970, Staatsarchiv Bern Insel II 1022.

31 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 10.
32 | Brief von A. Senning und F. Largiadèr an die SAMW, betreffend die Sitzung der Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation vom 5. November 1969, 5.11.1969, SAMW-Archiv.
33 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 7 u. 9.
34 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 9.
35 | M. Allgöwer, Ethische Probleme der Organtransplantation, o.D., SAMW-Archiv, S. 1.
36 | Vgl. SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 6. Sitzung vom 6.11.1969, SAMW-Archiv, S. 15 sowie SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 7. Sitzung vom 29.1.1970, SAMW-Archiv, S. 5ff. Vgl. auch zwei Aufsätze des Basler Professors für Strafrecht und Kommissions-Mitglieds Hans Hinderling (Hinderling 1968 und Hinderling 1969).
37 | M. Allgöwer, Ethische Probleme der Organtransplantation, o.D., SAMW-Archiv, S. 4.
38 | Vgl. F. Brunner, F. Enderlin, G. Thiel, Stellungnahme des Basler Transplantationsteams, Bürgerspital Basel, 1.10.1971, SAMW-Archiv sowie Brief von A. Senning und F. Largiadèr an die SAMW, betreffend die Sitzung der Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation vom 5. November 1969, 5.11.1979, SAMW-Archiv, S. 4. Ähnliche Aussagen finden sich des Öfteren in den Kommissions-Protokollen.
39 | F. Brunner, F. Enderlin, G. Thiel, Stellungnahme des Basler Transplantationsteams, Bürgerspital Basel, 1.10.1971, SAMW-Archiv sowie Brief von A. Senning und F. Largiadèr an die SAMW, betreffend die Sitzung der Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation vom 5. November 1969, 5.11.1979, SAMW-Archiv, S. 4.
40 | F. König, Transplantation und Organspender, SAMW-Archiv. Es handelt sich um eine Replik auf einen Beitrag des Journalisten Carlo Grassi in den *Basler Nachrichten*, der sich für die Widerspruchslösung ausspricht (Leben retten – Leben erhalten, in: Basler Nachrichten, 10.2.1972). Beide Artikel wurden im Rahmen der Kommission kontrovers diskutiert. So lobte Largiadèr Grassis Beitrag als »Musterbeispiel für die Behandlung eines medizinischen Problems in der Laienpresse« und wertete Königs Entgegnung als wenig aussagekräftig ab (Brief von F. Largiadèr an die SAMW, 16.3.1972, SAMW-Archiv). Nissen kritisierte dagegen Grassis Text als zu oberflächlich (vgl. R. Nissen, Stellungnahme zu dem Artikel von C. Grassi über »Leben retten – Leben erhalten«, o.D., SAMW-Archiv).
41 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 9. Sitzung vom 24.6.1971, SAMW-Archiv, S. 6.
42 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 6. Sitzung vom 6.11.1969, SAMW-Archiv, S. 15.

43 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 7. Sitzung vom 29.1.1970, SAMW-Archiv, S. 8 sowie Brief von F. König an die SAMW, 6.2.1970, SAMW-Archiv.
44 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 7. Sitzung vom 29.1.1970, SAMW-Archiv, S. 6.
45 | Vgl. SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 8.
46 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 7. Sitzung vom 29.1.1970, SAMW-Archiv, S. 11.
47 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 9. Sitzung vom 24.6.1971, SAMW-Archiv, S. 5.
48 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 8.
49 | Allgöwer etwa vertrat die Ansicht, dass eine klare Widerspruchsregelung am wenigsten Unruhe stiften würde. Vgl. SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 7. Vgl. auch SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 6. Sitzung vom 6.11.1969, SAMW-Archiv, S. 16.
50 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 6. Sitzung vom 6.11.1969, SAMW-Archiv, S. 16.
51 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 7. Sitzung vom 29.1.1970, SAMW-Archiv, S. 10.
52 | Brief von F. König an die SAMW, 6.2.1970, SAMW-Archiv.
53 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 12.
54 | Tagwacht, 10.7.1969.
55 | F. König, Transplantation und Organspender, SAMW-Archiv.
56 | Vgl. Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002, S. 1951.
57 | Brief von R. Nissen an A. Werthemann, 9.2.1970, SAMW-Archiv, S. 1.
58 | Vgl. F. Brunner, F. Enderlin, G. Thiel, Stellungnahme des Basler Transplantationsteams, Bürgerspital Basel, 1.10.1971, SAMW-Archiv, S. 2.
59 | Brief von R. Nissen an A. Werthemann, 9.2.1970, SAMW-Archiv, S. 1.
60 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 9. Sitzung vom 24.6.1971, SAMW-Archiv, S. 7.
61 | F. König, Entwurf der Richtlinien für die Transplantation von Organen, 25.8.1971, SAMW-Archiv, S. 2.
62 | M. Allgöwer, Ethische Probleme der Organtransplantation, o.D., SAMW-Archiv, S. 4.
63 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 7.
64 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 10. Sitzung vom 16.9.1971, SAMW-Archiv, S. 3.

65 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 11.
66 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 11. Sitzung vom 7.6.1973, SAMW-Archiv, S. 4f.
67 | BGE 98 Ia 508 (Gross), 525. So kann dem Bundesgericht zufolge in der Aufforderung zu einer Willenserklärung ein schwerer Eingriff in die Persönlichkeitssphäre erblickt werden.
68 | Wegen der langen Verfahrensdauer wurde dieser Fall dem Bundesgericht erst drei Jahre nach dem oben besprochenen »Fall Gross« unterbreitet. Im Gegensatz zu den beiden kantonalen Vorinstanzen stellte das Bundesgericht zwar fest, dass ein Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Angehörigen vorliege, da ihr Einverständnis nicht eingeholt wurde und sie gar nie von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen konnten. Da die Persönlichkeitsverletzung aber grundsätzlich nicht als schwer zu erachten sei, und die Angehörigen darüber hinaus einer Organentnahme zugestimmt hätten, wenn man sie angefragt hätte, lehnte das Gericht die Zusprechung der verlangten Genugtuungssumme von 10.000 Franken ab (vgl. BGE 101 II 177 [Gautschi]).
69 | »Ob das Interesse des Herzempfängers und seiner Ärzte an der Durchführung der Transplantation unter den gegebenen Umständen schwerer wiege als dasjenige der Kläger an der Wahrung ihres Rechtes, über Eingriffe in den Leichnam ihres Sohnes bestimmen zu können, was nach dem Gesagten zur Rechtfertigung des Verhaltens der beklagten Ärzte ausreichen würde, braucht indessen nicht abschließend entschieden zu werden.« BGE 101 II 177 (Gautschi), 199. Vgl. auch Dumoulin 1998, S. 63f. sowie Hofer 2006, S. 38f.
70 | Zu den unterschiedlichen Einschätzungen, ob die Bundesgerichtsurteile Organentnahmen ohne Einwilligung der Angehörigen grundsätzlich für zulässig erkläre, vgl. Kein Freipass für die Organentnahme, in: Der Bund, 19.11.1975; Hinderling 1979, S. 41f.; Helfen nach dem Tod, in: Coop-Zeitung, 20.1.1983; Der tote Körper ist kaum geschützt, in: Berner Zeitung, 1.12.1986 und Neinsagen muss möglich sein, in: Tages-Anzeiger, 6.4.1995.
71 | Dumoulin bezeichnet die rechtliche Regelung vor dem nationalen Transplantationsgesetz als verzettelt und unvollständig (Dumoulin 1998, S. 127). Hofer spricht von einem Zustand der Rechtszersplitterung und von einer verbreiteten Rechtsunsicherheit (Hofer 2006, S. 29). In der Botschaft des Bundesrates zur Verfassungsbestimmung über die Transplantationsmedizin von 1997 ist die Rede von einer problematischen Uneinheitlichkeit der Gesetzgebung im Bereich der Transplantationsmedizin (Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zu einer Verfassungsbestimmung über die Transplantationsmedizin, 23.4.1997, S. 670).
72 | Das Urteil gab den Verfechtern der Widerspruchslösung Auftrieb: Im Frühjahr 1973 versandte die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich eine Mitteilung an alle kantonalen Krankenhäuser, in der sie die Chefärzte über den Entscheid des Bundesgerichts informierte. »Es liegt uns daran, Ihnen davon Kenntnis zu geben«, schrieb Regierungsrat Bürgi. Vgl. Brief von der Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich an die

Chefärzte der kantonalen Krankenhäuser, Zürich 19.3.1973, Staatsarchiv Bern Insel II 1022.

73 | Der Kanton Waadt räumte den Angehörigen gar kein Widerspruchsrecht ein. Vgl. Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zu einer Verfassungsbestimmung über die Transplantationsmedizin, 23.4.1997, S. 666.

74 | Der Kanton Genf wechselte 1996 von der Zustimmungs- zur Widerspruchsregelung. Das Reglement des neuen Gesetzes relativierte aber die Widerspruchsregelung wie folgt: Wenn der Tote zu Lebzeiten die Frage einer Organspende offen gelassen hat, müssen die Ärzte sofort nach den Angehörigen suchen. Sind diese nicht auffindbar, oder können sich nicht einigen, dürfen die Ärzte kein Organ entnehmen. Der Unterschied zur Einwilligungslösung besteht demnach einzig in der Weise, in der die Angehörigen angefragt werden: Es wird nicht um ihre Erlaubnis gebeten, sondern bloß gefragt, ob sie gegen eine Entnahme Einspruch erheben. Vgl. Organspende: Alle sollen es wissen, in: Tages-Anzeiger, 3.6.1998 sowie Sur le don d'organes, Genève est condamné à la transparence, in: Le Temps, 3.6.1998.

75 | Vgl. Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zu einer Verfassungsbestimmung über die Transplantationsmedizin, 23.4.1997, S. 665. Im Gegensatz zur Botschaft des Bundesrates von 1996 geht Dumoulin davon aus, dass der Kanton Zug im Gesundheits-Gesetz vom 10.1.1992 eine Widerspruchsregelung verankerte (vgl. Dumoulin 1998, S. 49f.). Die Kantone Freiburg und Solothurn schafften erst 1999 Regelungen zur Transplantationsmedizin, wobei beide die Zustimmungsregelung einführten (vgl. Hofer 2006, S. 57). Solange keine Gesetze zur Organtransplantation vorhanden waren, orientierte man sich gewöhnlich an den Regelungen der Obduktion (wie etwa bei der ersten Herzverpflanzung 1969 in Zürich). Auch waren in den neu erlassenen Gesetzen die Organentnahme und die Obduktion meist analog geregelt.

76 | Vgl. Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zu einer Verfassungsbestimmung über die Transplantationsmedizin, 23.4.1997, S. 667 sowie Dumoulin 1998, S. 48. In der Praxis unterschied sich die Informations- aber kaum von der Widerspruchsregelung.

77 | Vgl. SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 10. Sitzung vom 16.9.1971, SAMW-Archiv, S. 2ff.

78 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 9. Sitzung vom 24.6.1971, SAMW-Archiv, S. 3. Vgl. auch F. König, Entwurf der Richtlinien für die Transplantation von Organen, 25.8.1971, SAMW-Archiv.

79 | Brief von R. Hess an die SAMW, 10.7.1973, SAMW-Archiv.

80 | SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 11. Sitzung vom 7.6.1973, SAMW-Archiv, S. 4.

81 | Vgl. SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation, in: SÄZ, 30.8.1995, S. 1389ff. Die ersten medizinisch-ethischen Richtlinien zur Transplantation erließ die SAMW bereits 1981. Anlass war eine drei Jahre zuvor verabschiedete Resolution des Europarates, die weitgehend übernommen wurde. Die kurz gehaltenen Richtlinien blieben hinsichtlich der Regelung der Organentnahme recht unbestimmt: Eine Entnahme ist erlaubt, wenn nicht eine nachweisliche oder anzunehmende Opposition

des Verstorbenen bekannt ist und wenn keine besonderen staatlichen Vorschriften bestehen. Vgl. SAMW 1989, S. 19f.

82 | Vgl. Manzei 2003, S. 182.

83 | Departement Chirurgie der Universität Basel, Jahresbericht 1991/92, S. 25.

84 | Schlich 1998a, S. 201.

85 | Bereits 1914 forderte der Chirurg G. Frank Lydston in den USA eine gesetzliche Regelung der Lebendspende sowie Kampagnen, um in der Bevölkerung darum zu werben. Er propagierte auch die seltenere Spende von Toten. Vgl. Schlich 1998a, S. 201ff.

86 | Manzei 2003, S. 132.

87 | Vgl. etwa Moulin 1995, S. 79 sowie Manzei 2003, S. 133f.

88 | Vgl. Junge 2001, S. 189f.

89 | Geisler 2004, S. 5f.

90 | Die Hauptschwierigkeit der Transplantation bestehe nach wie vor in der Transplantatbeschaffung, heißt es etwa im Jahresbericht des Universitätsspitals Zürich von 1967. Vgl. Jahresbericht Universitätsspital Zürich 1967, S. 22.

91 | Vgl. etwa Largiadèr/Linder/Uhlschmid 1972, S. 725 sowie Departement für Chirurgie der Universität Basel, Kantonsspital, Jahresbericht 1974, S. 64.

92 | So verkündete der Basler Jahresbericht von 1979, dass die in der ganzen Schweiz beobachtete zunehmende Knappheit an geeigneten Leichennieren nun auch in Basel eingetreten sei – obschon mehrere ältere Berichte den Organmangel bereits als bestehendes Problem erwähnt hatten (vgl. Departement für Chirurgie der Universität Basel, Kantonsspital, Jahresbericht 1979, S. 19). Für die früheren Erwähnungen vgl. Chirurgische Universitätsklinik Basel, Jahresbericht 1971, S. 82; Departement für Chirurgie der Universität Basel, Kantonsspital, Jahresbericht 1973, S. 97f.; ebd. 1974, S. 64.

93 | Largiadèr u.a. 1987, S. 1129.

94 | Vgl. Suter 1987 sowie Etienne u.a. 1987.

95 | Die Überwindung der Immunitätsschranke sei das bedeutungsvollste Problem der Transplantationschirurgie, heißt es im Jahresbericht des Berner Inselspitals von 1977 (vgl. Inselspital Bern, Jahresbericht 1977, S. 45). Der Zürcher Transplantations-Chirurg Felix Largiadèr schrieb 1976: »Der wichtigste Fortschritt muss vom immunologischen Sektor kommen.« (Largiadèr 1976, S. 1068) Vgl. auch Schlich 1996, S. 20, der die Immunreaktion gegen das Transplantat als »Achillesferse« der Transplantationsmedizin bezeichnet. Zur Entwicklung der Immunsuppression bis 1986 vgl. Frei/Irlé/Jeannet 1986, S. 136f.

96 | Vgl. Largiadèr 1976, S. 1068. Die Bedeutung der Übereinstimmung der sogenannten HLA-Antigene war eine der umstrittensten Fragen in der Geschichte der Organtransplantation. Vgl. Bak-Jensen 2008, S. 37.

97 | Noch immer fehlt es vor allem an Spendern, in: Weltwoche, 8.9.1988.

98 | Zu den besseren Resultaten trug auch die konstante Verbesserung der chirurgischen Technik, der Methoden zur Organ-Präservation sowie der Behandlung post-operativer Infektionen bei. Vgl. M. Jeannet, La transplantation d'organes en suisse, Informations aux médias »Don d'organes« 12.6.1990 à Berne, 6.6.1990, Swisstransplant-Archiv.

99 | Vgl. Schlich 1998b, S. 26.
100 | Neben Nieren wurden in der Schweiz ab 1983 auch Lebern und ab 1984 Bauchspeicheldrüsen übertragen. 1985 wurden die Herzverpflanzungen wieder aufgenommen; 1987 erfolgte die erste kombinierte Herz-Lungen-Transplantation. Lungen alleine wurden in der Schweiz erst ab 1992 transplantiert.
101 | Die Nierentransplantation ist die älteste und quantitativ mit Abstand bedeutendste Form der Transplantation. Ihre Häufigkeit korrespondiert – klammert man die ab den 1990er Jahren zunehmenden Lebendspenden aus – weitgehend mit der Anzahl der vorhandenen Leichenspender.
102 | Jahresbericht Universitätsspital Zürich 1986, S. 44.
103 | Nicht alle postmortalen Spendern entnommenen Nieren wurden in der Schweiz einem Empfänger implantiert. Einige konnten aus medizinischen Gründen nicht verwendet werden, andere wurden im Rahmen des internationalen Organaustausches ins Ausland gesandt.
104 | Zur Gründung von Swisstransplant vgl. Procès-verbal de la réunion du 4 décembre 1985 du Conseil de la Fondation Swisstransplant, Fondation suisse pour la transplantation, à l'hôtel Bern, Berne, Swisstransplant-Archiv; Fondation suisse pour la transplantation (»Swisstransplant«), Acte de fondation, SAMW-Archiv sowie Swisstransplant, in: SÄZ, 26.2.1986, S. 297. Mitte der 1990er Jahre änderte Swisstransplant ihren französischen Namen von »Fondation suisse pour la transplantation d'organes« in »Fondation nationale suisse pour le don et la transplantation d'organes«. Dadurch sollte dem Ziel, die Organspende zu fördern, stärker Ausdruck verleiht werden (vgl. Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 4 sowie Swisstransplant: Geschichte, Entwicklung, Projekte, in: Re-naissance 15, Februar 1996, S. 9).
105 | Basler Zeitung, 5.12.1985 sowie Zürichsee-Zeitung, 6.12.1985.
106 | Eingabe der Stiftung Swisstransplant an die Sanitätsdirektorenkonferenz, Entwurf zuhanden der Sitzung des Arbeitsausschusses vom 28. Februar 1991, 2. Fassung, Swisstransplant-Archiv, S. 5. Zur Indikationserweiterung in diesem Sinne kommt die Zunahme von Zweit- oder Dritt-Transplantationen sowie von Multiorgan-Transplantationen, die den Bedarf an Organen erhöhten (vgl. Waldby/Mitchell 2006, S. 178).
107 | Der Zusammenhang wird in einem internen Swisstransplant-Papier Anfangs der 1990er Jahre folgendermaßen beschrieben: »Gleichzeitig zum Ansteigen der Transplantationen, stellt man eine permanente Verbesserung der erzielten Resultate fest, die es ermöglichen den Bereich der Indikationen ständig auszuweiten, und folglich wird die Warteliste der potentiellen Empfänger erheblich verlängert.« Rolle und Aufgabe des nationalen Koordinators für Transplantation in der Schweiz, Entwurf, o.D., Swisstransplant-Archiv.
108 | Dass die Transplantationsmedizin ein Opfer ihres Erfolgs wurde, konstatierte 1998 auch Swisstransplant-Präsident Philippe Morel: »Die Transplantation ist ein Opfer ihres Erfolges – die Nachfrage ist riesig«, erklärte er gegenüber dem *Tages-Anzeiger*. Ein Herz wie ein ausgelaugter Waschlappen, in: Tages-Anzeiger, 19.6.1998.

109 | Geisler 2004, S. 5.
110 | Geisler 2004, S. 5.
111 | Vgl. Schlich 1998b, S. 73.
112 | Vgl. Moulin 1995, S. 79.
113 | Warum diese Stiftung?, in: Re-naissance 2, Februar 1992, S. 5. Auch ein Zürcher Arzt betonte fünf Jahre Später in der *Schweizerischen Ärztezeitung*, dass der Organmangel das prioritäre Problem der Transplantationsmedizin geworden sei (vgl. Candinas 1997, S. 1223).
114 | Laut der *Schweizerischen Ärztezeitung* bezeichnete der Präsident von Swisstransplant die Transplantationsbilanz des Jahres 1995 als »ernüchternd«. Die Transplantationsmedizin sei dringend auf mehr Spender angewiesen. Vgl. Massiver Rückgang der Organverpflanzungen 1995, in: SÄZ, 31.1.1996, S. 175.
115 | Departement Chirurgie der Universität Basel, Jahresbericht 1991/92, S. 25.
116 | Vgl. etwa Zu arm, um mit zwei Nieren leben zu dürfen, in: Basler Zeitung, 21.12.1989.
117 | Largiadèr u.a. 1987, S. 1133.
118 | Als Ausnahme vgl. »Tausche Niere gegen Rebland«, in: Der Schweizerische Beobachter, 12.10.1990 sowie Ein Herz wie ein ausgelaugter Waschlappen, in: Tages-Anzeiger, 19.6.1998.
119 | Schlich 1998b, S. 73.
120 | Largiadèr 1987, S. 1825. Sehr ähnlich auch in Largiadèr u.a. 1987, S. 1129.
121 | Wo bleibt die Ethik?, in: Krankenpflege, Juli 1990, S. 25.
122 | Vgl. Geisler 2004, S. 5.
123 | Vgl. Junge 2001, S. 191.
124 | Vgl. etwa Eingabe der Stiftung Swisstransplant an die Sanitätsdirektorenkonferenz, Entwurf zuhanden der Sitzung des Arbeitsausschusses vom 28. Februar 1991, 2. Fassung, Swisstransplant-Archiv, S. 9.
125 | Warum diese Stiftung?, in: Re-naissance 2, Februar 1992, S. 5.
126 | Vgl. z.B. Transplantation d'organes: les Suisses dans l'ignorance, in: Le Nouveau Quotidien, 12.9.1994: »Des dizaines de personnes meurent chaque année en Suisse faute de dons d'organes.«; Verfassungsartikel über die Transplantationsmedizin, in: SÄZ, 4.9.1996, S. 1419: »Angesichts des akuten Organmangels – 1995 starben deswegen 39 Personen […].« Vgl. auch Informationsbedarf in der Transplantationsmedizin, in: NZZ, 26.4.1997 sowie Dramatischer Mangel an Spenderorganen, in: Tages-Anzeiger, 17.10.2000.
127 | Einige Jahresberichte des Universitätsspitals Zürich führen die Anzahl der Patienten auf, die auf der Warteliste für eine Lebertransplantation gestorben sind. Vgl. etwa Jahresbericht Universitätsspital Zürich, 1987, S. 46; ebd. 1991, S. 42; ebd. 1992, S. 41. In den Jahresberichten der Stiftung Swisstransplant ist die Anzahl der auf der Warteliste verstorbenen Patienten je nach Organ angegeben. Vgl. etwa Swisstransplant Jahresbericht 2002, S. 38.

128 | Verschiedentlich wurden Organe explizit als »wertvoll« bezeichnet. Vgl. Lichtenhahn u.a. 1992, S. 626 sowie »Eine Transplantation ist die letzte aller Möglichkeiten«, in: Der Bund, 31.8.1988.

129 | Der Mangel an Organspenden bringt Menschenleben in Gefahr, in: Dreiland-Zeitung, 28.4.1994. In einer Stellen-Beschreibung des nationalen Transplantations-Koordinators von Anfang der 1990er Jahre heißt es: »Angesichts dieser Situation versteht man, dass jeder Spender noch wertvoller wird und dass jedes Organ, das grosszügig zur Verfügung gestellt wird, mit grösster Sorgfalt zu behandeln ist.« (Rolle und Aufgabe des nationalen Koordinators für Transplantation in der Schweiz, Entwurf, o.D., Swisstransplant-Archiv).

130 | Die Organverschwendung nimmt kein Ende, in: Bündner Zeitung, 6.1.1992.

131 | Swisstransplant, Pressekonferenz vom 18.1.1996, Universitätsspital Zürich, Pressetext, Swisstransplant-Archiv.

132 | Mosimann 1987, S. 421.

133 | Largiadèr 1987, S. 1825.

134 | Vgl. Schlich 1998b, S. 96ff.; Nett u.a. 2003, S. 564ff. sowie verschiede Beiträge in: Schweizerischer Nationalfonds 2007.

135 | Die Kriterien für eine Lebendspende wurden kontinuierlich ausgeweitet: Bis 1984 wurden ausschließlich Nieren von blutsverwandten Spendern transplantiert. Die erste Spende zwischen nur emotional Verwandten fand 1985 statt, wobei erst ab 1991 ein offizielles Programm für Ehepaare gestartet wurde. 2003 erfolgte dann die erste »ungerichtete« Spende zwischen Unbekannten. Vgl. Mosimann 1987, S. 422; Gehrig u.a. 1989, S. 1591 sowie Thiel 2011, S. 6.

136 | Bei einer Organentnahme nach Herzstillstand ist der Zeitdruck viel grösser als bei einer Entnahme nach Hirntod, da die Organe ohne Sauerstoffzufuhr nicht lange funktionstüchtig bleiben. Daraus resultierten mehrere »ethische Probleme«: Erstens bestand die Befürchtung, dass Patienten aus Sorge um die Organe vorschnell aufgegeben werden. Zweitens galt es als problematisch, dass bei einer Kategorie der herztoten Spender bereits vor dem offiziellen Todeszeitpunkt Maßnahmen im Hinblick auf die Organentnahme eingeleitet werden. Und drittens wurde der Umstand kritisiert, dass kaum genügend Zeit bleibt, um die Angehörigen zu informieren und sie ihre um Einwilligung zu bitten. Aus diesen Gründen standen auch viele Ärzte der Nutzung von »Non Heart Beating Donors« skeptisch gegenüber (vgl. M. E. Rothlin, Herztod – Non Heart Beating Donor, Oktober 1999, SAMW-Archiv; SAMW, Subkommission zur »Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen«, Protokoll der 1. Sitzung vom 20.4.2000, 26.4.2000, SAMW-Archiv sowie SAMW, Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantation, Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, genehmigt vom Senat der SAMW am 24. Mai 2005, S. 22). Auch die Lebendspende galt lange Zeit als ethisch äußerst problematisch: Erstens, weil sie gegen das ärztliche Gebot verstößt, niemandem zu schaden (»Primum non nocere«), und eine Gefährdung für den gesunden Spender darstellt. Und zweitens, weil die Freiwilligkeit der Lebendspende angesichts komplexer Beziehungs- und Familiendynamiken kaum zweifelsfrei

entschieden werden kann (vgl. Ethik und medizinischer Fortschritt, in: SÄZ, 20.3.1968, S. 289; M. Allgöwer, Ethische Probleme der Organtransplantation, o.D., SAMW-Archiv, S. 2; Organspende aus der Sicht des Juristen, in: SÄZ, 14.10.1987, S. 1827 sowie Thiel 2004, S. 3). Deshalb griffen viele Schweizer Ärzte und Spitäler nur im Notfall auf eine Lebendspende zurück oder verzichteten ganz auf sie. Das Universitätsspital Zürich lehnte Lebendspenden aus ethischen Gründen bis Ende der 1980er Jahre konsequent ab (vgl. Brief von A. Senning und F. Largiadèr an die SAMW, betreffend die Sitzung der Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation vom 5. November 1969, 5.11.1969, SAMW-Archiv, S. 1; »Nierenverpflanzungen sind reine Routine geworden«, in: Zürichsee-Zeitung, 4.11.1988; »Der Handel mit Organen wäre bei uns undenkbar«, in: St. Galler Tagblatt, 23.1.1989. Vgl. auch Thiel 2011, S. 4f.).

137 | Vgl. Feuerstein 1996, S. 99f.

138 | Vgl. Mosimann 1987, S. 422.

139 | Vgl. Mosimann 1987, S. 422 sowie Gehrig u.a. 1989, S. 1591.

140 | Faltin/Jeannet/Suter 1992, S. 86f.

141 | Vgl. die Zürcher Studie über Strategien gegen den Organmangel aus dem Jahr 2003: Nett u.a. 2003, S. 564.

142 | Patienten, welche bereits tot ins Krankenhaus eingeliefert werden, so erklärt ein Merkblatt für die Spender-Selektion des Inselspitals Bern von 1968, seien selten gute Nierenspender, da bei ihnen die Ischämiezeit [Zeit, während der das Organ nicht mit Blut und damit mit Sauerstoff versorgt wird, S.H.] fast immer zu lange ausfalle. Inselspital Bern, Spender-Selektion für Kadavernieren-Transplantationen, 23.7.1968, Staatsarchiv Bern Insel II 1022, S. 2.

143 | Allgemeine Kontraindikationen waren unter anderem maligne Tumore (außer Hirntumor), Systemerkrankungen, Vergiftungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Infektionen sowie im Besonderen eine HIV-Infektion (wobei zum Teil schon ein Risikoverhalten bezüglich HIV genügte). Vgl. folgende Leitfäden und Merkblätter: Inselspital Bern, Spender-Selektion für Kadavernieren-Transplantationen, 23.7.1968, Staatsarchiv Bern Insel II 1022; Dringenberg 1992, S. 15; Aide-memoire concernant l'organisation des prélèvements d'organes pour les centres de soins intensifs de suisse, Manuskript, Genf Juli 1991, Swisstransplant-Archiv, S. 11ff.; Wegleitung Nierentransplantation am Kantonsspital St. Gallen, unterschiedliche Fassungen, ca. 1981-1999, Archiv Kantonsspital St. Gallen.

144 | Organspende in der Schweiz, Seperata SÄZ, März 1989, zit. in: Krankenpflege, September 1990, S. 29.

145 | Bei den anderen Organen lagen die Altershöchstgrenzen tiefer. Vgl. folgende Leitfäden und Merkblätter: Inselspital Bern, Spender-Selektion für Kadavernieren-Transplantationen, 23.7.1968, Staatsarchiv Bern Insel II 1022; Dringenberg 1992, S. 15; Aide-memoire concernant l'organisation des prélèvements d'organes pour les centres de soins intensifs de suisse, Manuskript, Genf Juli 1991, Swisstransplant-Archiv, S. 11ff.; Wegleitung Nierentransplantation am Kantonsspital St. Gallen, unterschiedliche Fassungen, ca. 1981-1999, Archiv Kantonsspital St. Gallen.

146 | Immer wieder wurde der Organspender als verunfallter Motorradfahrer imaginiert. Vgl. Seit zwanzig Jahren möglich: Leben mit fremden Herzen, in: Basler Zeitung, 3.12.1987; Verkaufen Sie Ihre Niere, das ist leichter als ein Bankraub, in: Weltwoche, 6.7.1989 sowie Der Mensch – eine Ware?, in: Krankenpflege, September 1990, S. 15.
147 | Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern, 13.6.1989, S. 4, Swisstransplant-Archiv.
148 | Der Jahresbericht des Basler Kantonsspitals für das Jahr 1973 bemerkte, dass die unerwartete Verminderung der Nierenspender in der Schweiz zeitlich mit der Geschwindigkeitsbeschränkung im Straßenverkehr zusammenfalle. Departement für Chirurgie der Universität Basel, Kantonsspital, Jahresbericht 1973, S. 98. Vgl. auch Herz-Transplantation: Geschenktes Leben, in: Der Schweizerische Beobachter 14, 1999; Weniger Unfalltote – weniger Transplantationen, in: Der Bund, 19.1.1996 sowie Nierentransplantation im Zeichen des Organmangels, in: NZZ, 2.10.1995.
149 | Zwischen 1996 und 2004 waren durchschnittlich rund 62 Prozent aller Leichenspender männlich. Vgl. Swisstransplant, Jahresbericht 2005, S. 16. Zum Verhältnis von Organspende und Geschlecht vgl. Winter 2009.
150 | Vgl. Swisstransplant, Jahresbericht 2005, S. 15.
151 | Vgl. Swisstransplant, Jahresbericht 2005, S. 16.
152 | Im 1994 am »Nationalen Tag der Organspende und Transplantation« in Bern vorgetragenen Popsong »Life is everything« erscheint der Organspender als junger, draufgängerischer Motorradfahrer. Das Swisstransplant-Archiv enthält ein Dokument, auf dem die englische Originalversion sowie eine deutsche, französische und italienische Übersetzung abgedruckt sind. Vgl. Life ist everything, Songtexte, Swisstransplant-Archiv. Vgl. auch Transplantation d'organes: les Suisses dans l'ignorance, in: Le Nouveau Quotidien, 12.9.1994 sowie Herz-Transplantation: Geschenktes Leben, in: Schweizerischer Beobachter 14, 1999, der junge Verkehrstote als wichtigste Spender-Gruppe nennt.
153 | Vgl. Baureithel/Bergmann 1999, S. 193f.
154 | Vgl. Kapitel 4.
155 | Vgl. Faltin u.a. 1992, S. 85ff. sowie Gross u.a. 2001, S. 74.
156 | Departement Chirurgie der Universität Basel, Jahresbericht 1988, S. 27. Eine Studie am Universitätsspital Genf stellte von 1985 bis 1990 einen signifikanten Anstieg der Verweigerungen fest (vgl. Etienne u.a. 1991, S. 2558). Swisstransplant verzeichnete für das Jahr 1988 gesamtschweizerisch eine Zunahme der Verweigerungen (vgl. Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern, 13.6.1989, S. 4). Am CHUV in Lausanne sei es gelungen, die Verweigerungen von 57 Prozent im Jahr 1986 auf 13 Prozent im Jahr 1992 zu senken (vgl. Mosimann 1993, S. 18).
157 | 1994 betonte der Vertreter der nationalen Koordinationszentrale an der Versammlung des Swisstransplant-Stiftungsrates, dass die Verweigerungen der Organspende ein wichtiges Problem blieben (vgl. Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 1). Am Berner Inselspital stieg das ablehnende Verhalten seitens der Familienangehörigen gegen eine

Organspende laut einer Studie erst zu Beginn der 1990er Jahre an und blieb dann von Mitte der 1990er Jahre bis 2004 recht stabil (vgl. Seiler u.a. 2006, S. 146f.). 1993 berichtete ein Basler Arzt, dass die Angehörigen in etwa einem Viertel der Fälle die Spende verweigerten (vgl. Basel ein Zentrum für Herztransplantation?, in: Basler Zeitung, 13.1.1993).

158 | Swisstransplant, Conférence de presse annuelle du 13. Janvier 1994, Conférence du Dr. Philippe Morel, PD: »Résumé des actvitées de la transplantation suisse pour l'année 1993«, Swisstransplant-Archiv. Vgl. auch das entsprechende Pressekommuniqué, Swisstransplant-Archiv.

159 | Informationsbedarf in der Transplantationsmedizin, in: NZZ, 26.4.1997.

160 | Vgl. etwa Tausend Nieren sind immer noch zu wenig, in: Basler Zeitung, 30.1.1996 oder »Der Verzicht auf Nierentransplantationen ist überhaupt keine Frage des Könnens«, in: Aargauer Tagblatt, 14.2.1995.

161 | Vgl. Seiler u.a. 2006, S. 146ff.

162 | Inselspital Bern, Jahresbericht 1985, S. 60.

163 | Vgl. Gehrig u.a. 1989; Mosimann u.a. 1990; Laederach-Hofmann/Isenschmid Gerster 1998; Gross/Marguccio/Martinoli 2000 sowie Imperatori u.a. 2001.

164 | Dringenberg 1992 sowie Swisstransplant, Le don d'organes pour transplantation, Information et recommandations à l'intention des médecins hospitaliers, Manuskript, 1992, Swisstransplant-Archiv.

165 | Lichtenhahn u.a. 1992.

166 | Intensivstationen zur intensivmedizinischen Behandlung von Patienten mit schweren und lebensbedrohlichen Krankheiten wurden zwischen 1965 und 1970 an vielen Spitälern in der Schweiz eingerichtet. Vgl. Barandun Schäfer 2006, S. 129.

167 | An der Vorbereitung der Organentnahme sind neben Pflegenden und Ärzten von Intensivstationen auch Anästhesisten und Anästhesie-Pflegende beteiligt, die sich um die Beatmung und Kreislaufüberwachung der Hirntoten kümmern. Neurologen sind gewöhnlich für die Hirntod-Diagnose verantwortlich. Die operative Entnahme selber wird von Chirurgen und Pflegenden aus dem Operationsdienst ausgeführt.

168 | Brief von A. Frutiger, Rhätisches Kantons- und Regionalspital Chur an SAMW, Chur 9.8.1995, SAMW-Archiv.

169 | SBK-Stellungnahme: Wo bleibt die Ethik?, in: Krankenpflege, Juli 1990, S. 25.

170 | Vgl. »Wir bleiben emotional auf der Strecke«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 20 sowie Transplantationen bereiten nicht nur Freude, in: Tages-Anzeiger, 3.4.1992.

171 | Transplantationen bereiten nicht nur Freude, in: Tages-Anzeiger, 3.4.1992.

172 | Transplantation – nicht nur eine Kostenrechnung, in: Der Bund, 26.6.1992.

173 | SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation, Erstpublikation, in: SÄZ, 2.2.1994, S. 166. In der nach der Vernehmlassung publizierten definitiven Version von 1995 fehlt der Hinweis auf die Belastung (vgl. SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation, in: SÄZ, 30.8.1995. S. 1389ff.). Möglicherweise steht diese Modifikation im Zusammenhang mit der Vernehmlassungsantwort des Universitätsspitals Zürich, in der die Streichung dieses Satzes gefordert

wird, mit der Begründung, dass die Belastung ja nicht nur die Pflegepersonen treffen würde (vgl. Brief Universitätsspital Zürich, Departement Chirurgie, Klinik für Viszeralchirurgie an SAMW, Zürich 17.5.1994, SAMW-Archiv). Die SAMW-Richtlinien zur Feststellung des Todes mit Bezug auf die Organtransplantation von 2005 empfahlen gar eine psychologische Unterstützung des behandelnden Teams, das emotional besonders belastet sei (vgl. SAMW, Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantation, Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, genehmigt vom Senat der SAMW am 24. Mai, S. 10f.).

174 | Bergmann 2000, S. 194f. sowie Bergmann 2004, S. 288ff.

175 | Vgl. Heinen 2010.

176 | Vgl. Hauser-Schäublin u.a. 2001, S. 155ff. Vgl. auch Kalitzkus 2009, S. 46 u. 131.

177 | Bosc/Schneiter 1993, S. 14.

178 | Vgl. Kesselring 2002, S. 20.

179 | Vgl. Hauser-Schäublin u.a. 2001, S. 24ff.

180 | Vgl. Tanner 2005, S. 48; Manzei 2002, S. 96ff. sowie Hauser-Schäublin u.a. 2001, S. 78ff.

181 | Die Aussagen stammen aus einem Interview mit Marko Turina, dem Direktor der Klinik für Herzgefäßchirurgie am Universitätsspital Zürich und laut *Sonntags-Zeitung* dem »berühmtesten Herzchirurgen der Schweiz«. »Herzen haben wir immer zu wenig, und zwar weltweit«, in: Sonntags-Zeitung, 29.5.1994.

182 | Vgl. Manzei 2002, S 96ff.

183 | Zur Entstehung dieses Körperbildes in den medizinischen, hygienischen und politischen Diskursen der Aufklärung vgl. Outram 1989; Sarasin 2003b und Sarasin 2007a.

184 | Bosc/Schneiter 1993, S. 14. Vgl. die Aussage von zwei Pflegerinnen in einem Interview: »[...] wenn ein Mensch an einer Hirnblutung gestorben ist, sieht man ja überhaupt nicht, dass er tot ist.« (Tod und Weiterleben sind nahe beeinander, in: Re-naissance 5, November 1992, S. 7).

185 | Obwohl das EEG in den 1990er Jahren seinen Status als zentrales Instrument zur Diagnostizierung des Hirntods verloren hatte, wurde es weiterhin genutzt. Medizinische Akteure betonten, dass das EEG vor allem im Gespräch mit Nicht-Medizinern hilfreich und überzeugend sei. Vgl. Bellanger/Steinbrecher 2006, S. 209ff.

186 | Transplantation – nicht nur eine Kostenrechnung, in: Der Bund, 26.6.1992.

187 | »Wir bleiben emotional auf der Strecke«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 23.

188 | Editorial, in: Krankenpflege, September 1990, S. 13.

189 | »Wir bleiben emotional auf der Strecke«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 22f.

190 | Feuerstein 1996, S. 76.

191 | Transplantation – nicht nur eine Kostenrechnung, in: Der Bund, 26.6.1992.

192 | Vgl. Feuerstein 1996, S. 76.

193 | »Transplantationen sind bittere Notwendigkeit«, in: Der Landbote, 6.12.1997.

194 | Zu den Oral History-Interviews vgl. Bellanger 2006, S. 109ff.
195 | »Wir bleiben emotional auf der Strecke«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 23. Auch in einem Konzeptpapier zur Öffentlichkeitsarbeit der Stiftung Swisstransplant aus dem Jahr 1993 werden »Geier, die auf Intensivstationen kommen« als Problem erwähnt. Vgl. Proposition d'un programme national de communication: ›don d'organes‹, September 1993, Swisstransplant-Archiv, S. 3.
196 | Que se passe-t-il dans le bloc opératoire?, in: Krankenpflege, September 1990, S. 63 sowie L'amour du métier, in: Krankenpflege, September 1990, S. 65.
197 | »Wir möchen gerne mehr transplantieren«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 30ff. sowie Que se passe-t-il dans le bloc opératoire?, in: Krankenpflege, September 1990, 61ff.
198 | »Wir möchen gerne mehr transplantieren«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 31.
199 | SAMW, Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, in: SÄZ, 30.10.1996, S. 1774.
200 | Tod und Weiterleben sind nahe beeinander, in: Re-naissance 5, November 1992, S. 7.
201 | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 3.
202 | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 8.
203 | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 3.
204 | Bosc/Schneiter 1993, S. 14. Sehr ähnlich äußerten sich auch Pflegende 1990 in einem Interview: Die Angehörigen könnten den Spender nicht in den Tod begleiten; für einen Abschied gebe es keine Ruhe (vgl. »Wir bleiben emotional auf der Strecke«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 22).
205 | SAMW, Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantation, Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, genehmigt vom Senat der SAMW am 24. Mai 2005, S. 3f.
206 | Aufgrund des Postulats der Anonymisierung der Organspender sowie der erst in den späten 1990er Jahren vermehrt hinterfragten Zurückhaltung der Transplantationsmedizin, den Prozess der Organentnahme und die Person des Spenders öffentlich zu thematisieren, wurden lange Zeit nur wenige und meist neutrale oder gar positive Schilderungen von Angehörigen publiziert. Als Ausnahme vgl. Organspende zwischen Leben und Tod, in: St. Galler Tagblatt, 6.3.1996. Zur Repräsentation von Spendern in journalistischen und populärkulturellen Medien vgl. Kapitel 5 und 6.
207 | Ein trauriger Fall, in: Re-naissance 7, April 1993, S. 27.
208 | Die in den Bericht eingeflossenen Schilderungen der Eltern und das Ereignis selber liegen also zeitlich so weit auseinander, dass der Bericht kaum als unmittelbare Wiedergabe ihrer Eindrücke gewertet werden kann. Vielmehr stellen die dort dargestellten Aussagen der Eltern auch das Ergebnis ihrer nachträglichen Auseinandersetzung mit der Organspende dar. Den Entschluss, eine Untersuchung einzuleiten, haben die El-

tern gemäß dem Bericht erst gefasst, als sie durch Fernsehsendungen auf die Debatten rund um das Deutsche Transplantationsgesetz und das Hirntod-Konzept aufmerksam gemacht wurden (vgl. Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 4). Da es sich um einen vertraulichen Bericht handelt, werden alle Hinweise auf die Identität der Beteiligten aus Rücksicht auf ihre Persönlichkeitsrechte vermieden.

209 | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 9.

210 | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 5.

211 | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 4.

212 | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 3.

213 | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 6.

214 | Vgl. den Leserbrief von Dr. Adrian Frutiger und die Replik von W. Hitzig, Präsident der Zentralen Ethikkommission der SAMW, und J. Gelzer, Generalsekretär der SAMW, in: SÄZ, 19.2.1997, S. 267. Die Frage nach dem offiziellen Todeszeitpunkt ist deshalb kompliziert, da die SAMW-Richtlinien seit 1983 bei der Feststellung des Hirntods zwei Diagnosen im Abstand von sechs Stunden fordern. Als rechtlicher Todeszeitpunkt gilt rückwirkend der Moment der ersten Diagnose, obwohl diese erst durch die zweite Diagnose bestätigt wird. Als weiterer denkbarer Zeitpunkt kommt auch der Moment in Frage, in dem bei der Explantation die Herzschlagader durchtrennt wird. Die Festlegung des genauen Todeszeitpunkts fällt also schwer, weil einerseits die Hirntod-Diagnose einen Prozess darstellt, und andererseits der Herz-Lungen-Kreislauf erst bei der Organentnahme unterbrochen wird.

215 | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 8f.

216 | Rabinow 2004, S. 177.

217 | Vgl. Borck 1996, S. 30f.

218 | Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, SAMW-Archiv, S. 4.

219 | »Wir bleiben emotional auf der Strecke«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 23.

220 | Tod und Weiterleben sind nahe beeinander, in: Re-naissance 5, November 1992, S. 10.

221 | Du donneur au greffé: un passage difficile, in: Krankenpflege, September 1990, S. 69.

222 | Vgl. folgende Korrespondenz des Verfassers des Berichts im Jahr 2001: Brief an die SAMW, 1.5.2001, SAMW-Archiv; Brief an die SAMW, 16.5.2001, SAMW-Archiv; Brief an die Eltern, 17.5.2001 sowie 3.7.2001, SAMW-Archiv; Brief der SAMW, 29.6.2001,

SAMW-Archiv. Vgl. auch: Brief der SAMW an den Präsidenten der Ethikkommission der SAMW, Basel 30.5.2001, SAMW-Archiv.
223 | Vgl. SAMW, Richtlinien zur Feststellung des Todes, Draft, 11.9.2001, S. 11. Diese Bemerkung fehlt in der publizierten Version von 2005.
224 | Vgl. Transplantationen bereiten nicht nur Freude, in: Tages-Anzeiger, 3.4.1992 sowie Wight 1993, S. 15.
225 | Dringenberg 1992, S. 8.
226 | Junge 2001, S. 195.
227 | Brief an die SAMW, 1.5.2001, SAMW-Archiv.
228 | Bellanger/Steinbrecher untersuchen, wie die medizinische Kultur in der Schweiz den Unsicherheiten rund um den Hirntod begegnete. Vgl. Bellanger/Steinbrecher 2006, S. 220f.
229 | Jonas 1985, S. 223. Vgl. auch Feuerstein 1995, S. 278.
230 | Frevert 2003, S. 65.
231 | Editorial, in: Krankenpflege, September 1990, S. 13.
232 | Wenn Tote sterben, in: Weltwoche, 3.11.1994.
233 | Sie wurden in der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert. Vgl. SAMW, Richtlinien für die Definition und die Diagnose des Todes, in: SÄZ, 23.4.1969, S. 431ff. Zur Geltungsmacht der SAMW-Richtlinien vgl. das Kapitel 3.1. Allgemein zu Hirntod und Organtransplantation gibt es zahlreiche anthropologische, soziologische und historische Untersuchungen. Vgl. etwa Manzei 1997; Youngner 1999; Schlich/Wiesemann 2001; Lindemann 2002 und 2003; Bondolfi 2003 oder Lock 2005. Zur Geschichte des Hirntods in der Schweiz haben Silke Bellanger und Aline Steinbrecher im Rahmen des Projekts »Die Geschichte einer Innovation – Das Hirntodkonzept in der Schweiz 1960-2000« geforscht, einem Teilprojekt des Nationalen Forschungsprogramms 46 »Implantate, Transplantate«. Vgl. Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002; Bellanger/Steinbrecher 2002a, 2002b, 2004, 2005, 2006 sowie Bellanger 2006.
234 | Vgl. Bellanger/Steinbrecher 2002a, S. 2007.
235 | SAMW, interner Brief, 10.12.1982, SAMW-Archiv, zit. in: Bellanger/Steinbrecher 2002a, S. 2007.
236 | Leutenegger/Oh/Frutiger 1982, S. 865.
237 | Vgl. z.B. das Merkblatt betreffend Hirntod und Organentnahme zu Transplantationszwecken des Inselspitals Bern vom 15.10.1970 sowie vom 13.12.1984, Staatsarchiv Bern Insel II 1022. Vgl. auch Bellanger/Steinbrecher 2006, S. 207.
238 | SAMW, Definition und Richtlinien zur Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, Version vom 18.11.1994, in: SÄZ, 24.5.1995, S. 868.
239 | Vgl. Bellanger/Steinbrecher 2006, S. 213f.
240 | Luhmann 1975, S. 38f.
241 | Vgl. Feuerstein 1995, S. 275f.
242 | Feuerstein 1995, S. 282.
243 | Leutenegger/Oh/Frutiger 1982, S. 865.
244 | Vgl. Bellanger 2006, S. 120f.

245 | Groupe Projet N°65, Transplantation d'organes, Rapport intermediaire, 17.9.1990, Swisstransplant-Archiv. Teilweise seien Organe entnommen worden, obwohl niemand einen Totenschein unterschrieben habe. Die Spital-Direktion beschloss, dass der Todeszeitpunkt des Spenders durch den Zeitpunkt der Hirntod-Diagnose bestimmt sei, und nicht durch den Zeitpunkt, an dem bei der Entnahme-Operation die Aorta durchtrennt wird, und dadurch der Zusammenbruch des Herz-Lungen-Kreislaufs eingeleitet wird (vgl. Brief des Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, Direction Générale an die Mitglieder des Groupe Projet no 65, 11.2.1991, Swisstransplant-Archiv, S. 2).
246 | Für krankenhaus-interne Merkblätter vgl. das Merkblatt betreffend Hirntod und Organentnahme zu Transplantationszwecken des Inselspitals Bern vom 15.10.1970 und vom 13.12.1984, Staatsarchiv Bern Insel II 1022 sowie Wegleitung Nierentransplantation am Kantonsspital St. Gallen, unterschiedliche Fassungen, ca. 1981-1999, Archiv Kantonsspital St. Gallen. Für allgemeine Leitfäden vgl. Dringenberg 1992; Aide-memoire concernant l'organisation des prélèvements d'organes pour les centres de soins intensifs de suisse, Manuskript, Genf Juli 1991, Swisstransplant-Archiv sowie Swisstransplant, Le don d'organes pour transplantation, Information et recommandations à l'intention des médecins hospitaliers, Manuskript, 1992, Swisstransplant-Archiv. Neben den Richtlinien zur Feststellung des Todes von 1969, 1983, 1996 und 2005 publizierte die SAMW auch Richtlinien zur Transplantation in den Jahren 1981 und 1995.
247 | Dringenberg 1992, S. 20. Die Autorin referiert hier den Transplantationskodex, der 1987 von der Arbeitsgemeinschaft der Transplantationszentren in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin-West e. V. verabschiedet wurde.
248 | Vgl. SAMW, Richtlinien für die Definition und die Diagnose des Todes, in: SÄZ, 23.4.1969, S. 432.
249 | SAMW, Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, in: SÄZ, 30.10.1996, S. 1774.
250 | Um solchen Vorstellungen entgegenzuwirken, wurde der Grundsatz auch verschiedentlich gegenüber der Öffentlichkeit betont. So versicherte ein Berner Transplantationschirurg an einem Symposium zur Organspende, dass sein Team vorgängig überhaupt nichts mit einem allfälligen Spender zu tun haben dürfe. Er verbiete seinen Mitarbeitern, die Intensivstation zu betreten, wenn ein Betroffener dort liege (Abraham Czerniak gegenüber dem Bund. Transplantation – nicht nur eine Kostenrechnung, in: Der Bund, 26.6.1992).
251 | Adrien Rohner, Direktor der Klink für Viszeralchirurgie in Genf, in: »Eine Transplantation ist die letzte aller Möglichkeiten«, in: Der Bund, 31.8.1988.
252 | Vgl. »Wir möchen gerne mehr transplantieren«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 31.
253 | Schwester Julia im Gespräch mit der Weltwoche. Wenn Tote sterben, in: Weltwoche, 3.11.1994.
254 | SAMW, Richtlinien für die Definition und die Diagnose des Todes, in: SÄZ, 23.4.1969, S. 432.

255 | SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, Basel 1989, S. 22.
256 | SAMW, Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, in: SÄZ, 30.10.1996, S. 1775.
257 | Zur psychologischen Funktion der Arbeitsteilung vgl. Baureithel/Bergmann 1999, S. 163ff.
258 | Als erstes Krankenhaus setzte das Inselspital Bern 1988 eine lokale Transplantationskoordinatorin ein. Die Verantwortlichen werteten diese Neuerung kurz- wie längerfristig als Erfolg (vgl. Transplantation am Inselspital 1987-1990, o.D., Staatsarchiv Bern Insel II 1022 sowie Seiler u.a. 2006, S. 143). Die anderen Universitätsspitäler und das Spital St. Gallen taten es Bern später gleich, und stellten einen oder mehrere Koordinatoren ein. Als einziges Regionalspital verfügte Lugano vor 2004 über Koordinatoren (vgl. FSOD/SGI/Swisstransplant 2007).
259 | Zur Funktion des lokalen Koordinators vgl. Etienne u.a. 1987; Universitätsklinik für Viszerale und Transplantationschirurgie Inselspital Bern, Stellenbeschreibung für den Transplantationskoordinator, 11.4.1988, Staatsarchiv Bern Insel II 1022 sowie Rolle und Aufgabe des nationalen Koordinators für Transplantation in der Schweiz, Entwurf, o.D., Swisstransplant-Archiv.
260 | Vgl. SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, Basel 1989, S. 19; Vgl. SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation, in: SÄZ, 30.8.1995. S. 1390.
261 | Vgl. Herztransplantation – mehr als ein technisches Problem, in: SÄZ, 24.1.1968, S. 74.
262 | Adrien Rohner, Direktor der Klink für Viszeralchirurgie in Genf, in: »Eine Transplantation ist die letzte aller Möglichkeiten«, in: Der Bund, 31.8.1988.
263 | Reto Stocker, Leiter der Abteilung Chirurgische Intensivstation am Universitätsspital Zürich, gegenüber der NZZ. »Wer helfen kann, sollte es tun«, in: NZZ, 13.12.2003.
264 | Laut dem Soziologen Thorsten Junge ermögliche die Anonymisierung dem Empfänger, sich einen fiktiven Idealspender zu imaginieren. Dies gelte auch umgekehrt: Dass sich die Angehörigen des Spenders in ihrer Phantasie einen Wunsch-Empfänger konstruieren könnten, erleichtere den Entschluss zur Freigabe der Organe (vgl. Junge 2001, S. 215f.). Auch die mediale Berichterstattung rückte vorteilhafte Empfänger in den Vordergrund (vgl. Kapitel 4).
265 | So erzählte ein Herzempfänger, er wolle nicht wissen, wer sein Spender war, das würde ihn belasten. Er wisse aber, dass der Spender zu Lebzeiten sein Einverständnis gegeben habe. Also sei er in der glücklichen Lage zu wissen, dass er mit seinem Einverständnis lebe. Das neue Organ betrachte er als Geschenk (»Ich hätte diese Organspende auch abgelehnt«, in: Der Bund, 9.3.1996; vgl. auch Müller-Nienstedt 1996, S. 244f. sowie Geschenktes Herz, in: St. Galler Tagblatt, 6.3.1996). Auch für die Pflegenden des Spenders kann die Anonymität des Empfängers entlastend sein: Sie seien froh, dass sie den Empfänger nicht kennen würden, betonten etwa zwei Zürcher Intensivpflegende. Sie bräuchten eine Art »Sicherheitszone« (vgl. Tod und Weiterleben sind nahe beein-

ander, in: Re-naissance 5, November 1992, S. 10). In den meisten Fällen tendierte das Personal auf Intensivstationen aber umgekehrt dazu, sich den Empfänger zu vergegenwärtigen, um die schwierige Arbeit mit einem sinnvollen Ziel zu rechtfertigen – wie ich weiter unten zeigen werde.

266 | Vgl. Bellanger/Steinbrecher 2006, S. 220f.

267 | Vgl. die Studien zur Einstellung zur Organspende beim in die Organspende involvierten Personal (Gross/Marguccio/Martinoli 2000; Imperatori u.a. 2001), bei der gesamten medizinischen Gemeinschaft (Gehrig u.a. 1989; Mosimann u.a. 1990) sowie bei Medizinstudierenden (Laederach-Hofmann/Isenschmid Gerster 1998).

268 | An einer Pressekonferenz zur Organspende-Kampagne von 1990 habe FMH-Präsident Rudolf Sahli »mit Sorgenfalten« eine »psychische Reserve« gegenüber der Organspende nicht nur bei der Bevölkerung, sondern auch beim Pflegepersonal konstatiert (laut der Berichterstattung in Krankenpflege, Juli 1990, S. 24). Der ehemalige Leiter der Abteilung für Transplantationschirurgie am Inselspital Bern schrieb im Geleitwort zu einem praktischen Leitfaden für das Operationspersonal: »Im Pflegesektor bestehen, wo auch immer auf der Welt, gemischte Gefühle gegenüber Organtransplantationen. Ein grösserer Teil des Pflegepersonals ist aus sogenannten ethisch-moralischen Gründen gegen eine Organübertragung, ein anderer Teil wird sich unbegrenzt für diese Patienten einsetzen.« (Dringenberg 1992, S. 9).

269 | Vgl. Organspende in der Schweiz, in: SÄZ, 13.6.1990, S. 1006. Vgl. auch Eingabe der Stiftung Swisstransplant an die Sanitätsdirektorenkonferenz, Entwurf zuhanden der Sitzung des Arbeitsausschusses vom 28. Februar 1991, 2. Fassung, Swisstransplant-Archiv, S. 10.

270 | Seit 1990 unterstützt die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) offiziell die Aufklärungskampagnen der Stiftung Swisstransplant. In der Folge wurde vermehrt die Verantwortung der Hausärzteschaft bei der Früherkennung und Nachbetreuung von Transplantationskandidaten, vor allem aber bei der Vermittlung von Informationen zur Organspende hervorgehoben. 1997 organisierte etwa die Ärztegesellschaft des Kantons Zürich ein Symposium, um die Zürcher Ärzteschaft für diese Aufgabe zu sensibilisieren. Vgl. Grete 1997, S. 1222 sowie Candinas 1997, S. 1225.

271 | Diese Bemühungen waren Teil einer allgemeinen Tendenz ab den 1990er Jahren, in der Ausbildung in Pflege und Intensivpflege vermehrt ethische Aspekte sowie die Betreuung der Angehörigen zu thematisieren. Vgl. Barandun Schäfer 2006, S. 135.

272 | Swisstransplant, Jahresbericht 2003, S. 23.

273 | Aide-memoire concernant l'organisation des prélèvements d'organes pour les centres de soins intensifs de suisse, Manuskript, Genf Juli 1991, Swisstransplant-Archiv, S. 3f.

274 | Dringenberg 1992, S. 8 und 103. Vgl. auch S. 22f.

275 | Verlorene Herzen, in: Weltwoche, 4.9.2003.

276 | Vgl. Feuerstein 1996, S. 76f.

277 | Bosc/Schneiter 1993, S. 14.

278 | »Wir bleiben emotional auf der Strecke«, in: Krankenpflege September 1990, S. 22.
279 | Transplantation: Es mangelt an Organen von Spendern, in: Basler Zeitung, 3.3.1992.
280 | Lichtenhahn u.a. 1992, S 629.
281 | Als weiteres Beispiel vgl. Mosimann 1987, S. 424.
282 | Wo bleibt die Ethik?, in: Krankenpflege, Juli 1990, S. 25.
283 | Inhalt, in: Krankenpflege, September 1990, S. 1.
284 | Eine Untersuchung aus dem Jahr 2000 ergab, dass die Einstellung des in die Organbeschaffung involvierten Personals zur Organspende sich nicht signifikant von derjenigen der übrigen Bevölkerung unterscheide. Es bleibe viel Arbeit, so das Fazit, um bei diesem Personal eine vorbildliche Einstellung zu fördern. Gross/Marguccio/Martinoli 2000, S. 351ff.
285 | Vgl. etwa Herz aus fremden Leib, in: NZZ Folio, Februar 1997.
286 | Die Angehörigen sind überfordert, in: Tages-Anzeiger, 5.4.1995. Im Spital in Lugano generierten Martinoli und seine Kollegen überdurchschnittlich viele Organe. Als Geheimnis des Erfolgs wurde die »Organspende-Kultur« ausgemacht, die sie im Tessin etabliert hätten. Das sogenannte Tessiner-Modell, das besonderen Wert auf den adäquaten Umgang mit den Angehörigen und eine gute Ausbildung des Personals legte, avancierte zu einem nationalen Vorbild (vgl. Die Angehörigen sind überfordert, in: Tages-Anzeiger, 5.4.1995; Spenderausweise tragen nur wenige auf sich, in: NZZ, 2.3.2002; Wie entsteht eine »Organspende-Kultur«?, in: NZZ, 19.7.2003; Mit Herz und Seele für die Organspende, in: NZZ 27.10.2003; Leserbrief, in: Les As de Coeur News 20, August 2004).
287 | Ob in den sechs Schweizer Transplantationszentren und den weiteren Spitälern, die Organentnahmen vornahmen, jeweils eine Einwilligung eingeholt wurde oder nicht, lässt sich nicht eindeutig rekonstruieren. Die vorhandenen Hinweise in den Quellen sind nicht immer sehr aussagekräftig und teilweise widersprüchlich. Trotzdem lassen sich Rückschlüsse auf die Praxis in Zürich, Basel, Bern, Lausanne und Genf ziehen: Es werde einfach angenommen, dass die Leute informiert seien, dass heutzutage so etwas eventuell gemacht werde, erläuterte etwa Felix Largiadèr 1979 gegenüber der Presse den Umstand, dass am Universitätsspital Zürich Organe auch ohne explizite Einwilligung entnommen wurden (Ein Ausweis für Organspender in Vorarlberg, in: Luzerner Neueste Nachrichten, 14.3.1979). Die Direktion des Kantonsspitals Basel hielt 1982 in einem Brief an den Regierungsrat fest, man habe gemäß bisheriger Praxis »in der weit überwiegenden Mehrheit der Fälle von einer Befragung der Angehörigen aus gut verständlichen Gründen abgesehen« (Brief der Direktion des Kantonsspitals Basel an Regierungsrat H. R. Schmid, Vorsteher des Sanitätsdepartements, Basel 10.8.1982, Staatsarchiv Basel-Stadt SD-REG 1b 6-1 (1)). Gegenüber der *Berner Zeitung* erklärte der Oberarzt der viszeralen Chirurgie am Inselspital Bern, dass weiterhin vor jeder Transplantation die Angehörigen des Spenders befragt würden (Der tote Körper ist kaum geschützt, in: Berner Zeitung, 1.12.1986). Am Universitätsspital in Lausanne, so versicherte der Chirurg

François Mosimann 1987, habe man in der Regel den Willen der Angehörigen respektiert (Mosimann 1987, S. 424). In Genf galt bis 1997 die Zustimmungsregelung.
288 | In einem Bericht des Inselspitals Bern über die Grundlagen der Organtransplantation aus dem Jahr 1987 steht, dass »in der heutigen Praxis in der Schweiz« das Einverständnis der Angehörigen eingeholt werde, falls kein Organspendeausweis vorhanden sei (Universitätsklinik für Viszerale und Transplantationschirurgie, Inselspital Bern, Grundlagen der Organtransplantation, Mai 1987, Staatsarchiv Bern Insel II 1022). Auch im Protokoll einer Sitzung des Stiftungsrats der Stiftung Swisstransplant von 1989 ist in einem Bericht über Nieren-Transplantationen festgehalten, dass die Zustimmung in der Regel eingeholt werde, was natürlich Probleme aufwerfe (Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern vom 13.6.1989, Swisstransplant-Archiv). Bereits an ihren Pressekonferenzen in den Jahren 1985 und 1987 stellte die Stiftung Swisstransplant die Befragung der Angehörigen als übliche Praxis dar, wie die entsprechenden Presseberichte zeigen (vgl. Organspender für Verpflanzungen gesucht, in: Zürichsee-Zeitung, 6.12.1985 sowie Organspenden als Selbtsverständlichkeit?, in: Basler Zeitung, 15.10.1987).
289 | Wem gehört die Leber?, in: Basler Zeitung, Das Journal, 22.9.1989, S. 65. Im Kanton St. Gallen hat die Chefärzte-Konferenz 1990 in einer Weisung die Anwendung der Zustimmungsregelung explizit angeordnet (vgl. »Leider geht die Zahl der Organspender zurück«, in: St. Galler Tagblatt, 8.9.1995).
290 | Verkaufen Sie Ihre Niere, das ist leichter als ein Bankraub, in: Weltwoche, 6.7.1989. Im *Tages-Anzeiger* war 1998 zu lesen, dass das Universitätsspital Zürich seit 1993 auf das Recht zur Organentnahme ohne Zusage der Angehörigen verzichte (vgl. Ein Herz wie ein ausgelaugter Waschlappen, in: Tages-Anzeiger, 19.6.1998).
291 | Vgl. Kapitel 2.1.
292 | Vgl. z.B. Mosimann 1987, S. 424; Wer sich nicht wehrt, wird »Organspender«, in: Tages-Anzeiger, 5.4.1995; Ein Herz wie ein ausgelaugter Waschlappen, in: Tages-Anzeiger, 19.6.1998.
293 | Daniel Candinas gegenüber dem Tages-Anzeiger. Recht auf Leben und einen würdigen Tod, in: Tages-Anzeiger, 25.1.1999.
294 | Zur Geschichte und zu den Konzepten der Bioethik vgl. Ach/Runtenberg 2002 sowie Baker 1993. In der Schweiz setzte die SAMW 1979 eine zentrale Ethikkommission ein, die sich mit biomedizinischen Fragen auseinandersetzte und medizinisch-ethische Richtlinien (unter anderem auch zur Organtransplantation) erließ. Es handelt sich dabei um eine ethische Selbstreflexion und -kontrolle der Ärzteschaft im Sinne einer traditionellen Standesethik, wie sie von Seiten einer außer-medizinischen, professionalisierten Bioethik auch kritisiert wurde (vgl. Tröhler 1999, S. 50ff. sowie Ach/Runtenberg 2002, S. 15ff. u. 32). Staatliche und kantonale (bio)medizinische Ethikkommissionen entstanden in der Schweiz erst um die Jahrtausenwende. Bereits 1989 wurde die Schweizerische Gesellschaft für biomedizinische Ethik gegründet – eine institutionell unabhängige und interdisziplinäre Fachvereinigung.

295 | Zur Leitidee der Selbstbestimmung in bioethischen und biomedizinischen Diskursen vgl. Wehling 2008 sowie Ach/Runtenberg 2002, S. 54ff.
296 | Vgl. Giese 2002, S. 16. Zur Geschichte des »informed consent« vgl. auch Faden/Beauchamp 1986.
297 | Vgl. Lichtenhahn u.a. 1992, S. 625. Vgl. auch Aide-memoire concernant l'organisation des prélèvements d'organes pour les centres de soins intensifs de suisse, Manuskript, Genf Juli 1991, Swisstransplant-Archiv, S. 17.
298 | Vgl. Direktion des Inselspitals Bern, Weisung betreffend Obduktion und Organverpflanzung, Bern 8.10.1986, Staatsarchiv Bern Insel II 1022, S. 2 sowie SAMW, Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantation, Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, genehmigt vom Senat der SAMW am 24. Mai 2005, S. 11.
299 | Vgl. SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation, in: SÄZ, 30.8.1995. S. 1391.
300 | SAMW, Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, in: SÄZ, 30.10.1996, S. 1774.
301 | Sebastiano Martinoli am Informationstag der Stiftung Swisstransplant, zit. in: Chenaux 2000, S. 98.
302 | Das Gespräch sei eine sehr schwierige Situation, erzählte etwa Reto Stocker, leitender Arzt an der Abteilung chirurgische Intensivmedizin des Universitätsspitals Zürich. »Dadurch, dass man Angehörigen die Todesnachricht bringt, tut man ihnen schon erheblich weh. Und ich habe das Gefühl, dass sich mit der Frage nach der Erlaubnis zur Organentnahme dieser Schmerz noch vergrössert.« Stocker im Gespräch mit der NZZ. Neues Leben dank neuer Lunge, in: NZZ am Sonntag, 17.8.2003. Vgl. auch Mosimann 1987, S. 425 sowie Scheidegger 1993, S. 11.
303 | Sebastiano Martinoli im Gespräch mit der NZZ. Neues Leben dank neuer Lunge, in: NZZ am Sonntag, 17.8.2003.
304 | Vgl. Feuerstein 1996, S. 91.
305 | Vgl. auch Tod und Weiterleben sind nahe beeinander, in: Re-naissance 5, November 1992, S. 7 sowie »Schon früher übers Thema nachdenken«, in: Tages-Anzeiger, 17.10.2000.
306 | Vgl. Kapitel 4.
307 | Zur Einführung in der Schweiz vgl. Wight 1993, S. 15; Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 7 sowie Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 2. juin 1995, Swisstransplant-Archiv, S. 9. Allgemein zum EDHEP vgl. Bellanger/Steinbrecher 2006, S. 218.
308 | Vgl. Informationsbroschüre EDHEP, hg. von Swisstransplant und EDHEP, Swisstransplant-Archiv. Der Vertreter der Firma Sandoz im Stiftungsrat von Swisstransplant hatte 1994 betont, dass es wünschenswert wäre, wenn die Anfragen um die Organspende von Professionellen durchgeführt würden (vgl. Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 7). Zur Rolle der Pharmaindustrie bei der Förderung der Organspende vgl. Kapitel 4.2.

309 | Vgl. Informationsbroschüre EDHEP, hg. von Swisstransplant und EDHEP, Swisstransplant-Archiv sowie Swisstransplant, Jahresbericht 2003, S. 21.
310 | Vgl. Informationsbroschüre EDHEP, hg. von Swisstransplant und EDHEP, Swisstransplant-Archiv.
311 | Vgl. Swisstransplant, Jahresbericht 2003, S. 21 sowie Kiss u.a. 2005, S. 506.
312 | Kiss u.a. 2007, S. 130.
313 | Kiss u.a. 2005, S. 506.
314 | Vgl. Margreiter/Mc Master 1993, S. 10 sowie Wight 1993, S. 15.
315 | Informationsbroschüre EDHEP, hg. von Swisstransplant und EDHEP, Swisstransplant-Archiv.
316 | Wight 1993, S. 15.
317 | Informationsbroschüre EDHEP, hg. von Swisstransplant und EDHEP, Swisstransplant-Archiv. Dass die Zustimmung zur Spende zu einem großen Trost für Angehörige werden könne, schrieb auch die Berner Krankenschwester in ihrem praktischen Leitfaden zur Organtransplantation. Dieser Trost erwachse aus dem Wunsch, einem notleidenden Menschen zu helfen, dabei im Sinne des Verstorbenen zu handeln und in dem Geschehen doch noch einen Sinn zu finden (Dringenberg 1992, S. 17f. Vgl. auch Wight 1993, S. 15 sowie Mosimann 1987, S. 425).
318 | EDHEP, Organspende, Seminarunterlagen zum Umgang mit Trauernden, S. 8-12, zit. in: Bellanger/Steinbrecher 2002b, S. 2061.
319 | Brief vom Thurgauischen Kantonsspital Frauenfeld an Petra Seeburger, Transplantationskoordinatorin am Universitätsspital Zürich, Frauenfeld 8.10.1994, Swisstransplant-Archiv. Vgl. auch Protokoll der ersten Sitzung der Arbeitsgruppe Transplantationskoordination von Swisstransplant (STATKO) am 15. November 1994 in Genf, Swisstransplant-Archiv.
320 | Martinoli 1993, S. 16.
321 | Spenderausweise tragen nur wenige auf sich, in: NZZ, 2.3.2002.
322 | Die Nachricht über das Versagen des Organs könnte zu einer psychischen Belastung der Angehörigen führen: Einerseits stirbt mit dem Empfänger auch ein Teil des Spenders, andererseits trägt das Organ das Stigma des Versagens und ist mitschuldig am Tod des Empfängers. Voraussetzung ist freilich, dass die Angehörigen tatsächlich wahrheitsgemäß über den Gesundheitszustand des Empfängers informiert werden. Vgl. Feuerstein 1996, S. 117f.
323 | Vgl. Spenderausweise tragen nur wenige auf sich, in: NZZ, 2.3.2002 sowie »Wer helfen kann, sollte es tun«, in: NZZ, 13.12.2003.
324 | Eine kritische Auseinandersetzung mit der neuen »normativen Leitidee« der Selbstbestimmung in biopolitischen Handlungs- und Diskursfeldern findet sich bei Wehling 2008.
325 | »Wir bleiben emotional auf der Strecke«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 20 sowie Du donneur au greffé: un passage difficile, in: Krankenpflege, September 1990, S. 70.
326 | Vgl. Kapitel 3.2.

327 | Vgl. Foucault 1983.
328 | Rose 2007, S. 29.
329 | Rose 2009, S. 174f.
330 | Brief von Philippe Morel, Universitätsspital Genf, an Bundesrat Flavio Cotti, Innenministerium, Genf 16.12.1991, Swisstransplant-Archiv.
331 | Vgl. Adolf Ogi empfängt Re-naissance, in: Re-naissance 3, Mai 1992, S. 10 sowie Worte eines Transplantat-Empfängers, in: Re-naissance 6, Januar 1993, S. 10.
332 | Sprumont/Roduit 2008, S. 412f.
333 | Vgl. Bak-Jensen 2008, S. 25. Die politische Zuständigkeit lag bei den Kantonen; der Bund hatte keinerlei Entscheidungsbefugnisse: »Der Bundesrat verfüge weder über die gesetzlichen Grundlagen noch über Mittel, um auf die Situation in der Transplantationschirurgie einzuwirken oder hierzu Vorschläge zu machen«, schrieb der Bundesrat in seiner Beantwortung des Postulats Güntert, Nationalrat, vom 22.3.1990 (zit. in Schneider 1994, S. 18).
334 | Moulin 1991, S. 213f. Als Beleg für die Wirkmächtigkeit der HLA-Hypothese in der Schweiz vgl. Jeannet u.a. 1969/70; Jeannet 1979 sowie Brunner/Jeannet 1984. »HLA« ist die Abkürzung für Human Leukocyte Antigen. Die genetische Information des gesamten HLA-Systems bewirkt die Ausprägung bestimmter Eiweißstrukturen auf der Zelloberfläche, aufgrund derer das Immunsystem eigenes von fremdem Gewebe unterscheiden kann. Die Typisierung der HLA-Merkmale wurde zur Bestimmung der Kompatibilität von Geweben genutzt (vgl. Schlich 1998b, S. 35ff.).
335 | Die Blutgruppenregeln entsprachen den Bestimmungen für Bluttransfusionen mit Ausnahme des für Transplantationen bedeutungslosen Rhesussystems (vgl. z.B. Thiel 1970, S. 1553). Seit 2005 werden in der Schweiz auch Nieren über die Blutgruppenschranken hinweg verpflanzt, allerdings nur bei Lebendspenden (vgl. Blutgruppe egal, in: NZZ am Sonntag, 2.3.2008).
336 | Gilbert Thiel von der Abteilung für Organtransplantation am Bürgerspital Basel ging 1970 von einer wünschenswerten Zahl von mindestens 500 Empfängern auf der Warteliste aus: »Die Wahrscheinlichkeit, dass für eine Leichenniere ein gut kompatibler Empfänger gefunden werden kann, steigt mit der Zahl wartender Nierenempfänger. Berechnungen, die auf den ABO-Blutgruppen und auf den HLA-Antigenen basieren, zeigen, dass ein Leichenorgan eine 95 %ige Chance für eine Transplantation auf einen serologisch kompatiblen Empfänger hat, wenn mindestens 500 prospektive Empfänger zur Auswahl stehen.« Thiel 1970, S. 1554f.
337 | Vgl. Bak-Jensen 2008, S. 29 sowie Feuerstein 1995, S. 143f. So mussten alle Transplantationszentren in der Schweiz eine einheitliche Typisierungstechnik anwenden. Für die Koordination der Typisierung war das Typisierungslaboratorium am Universitätsspital Genf zuständig. Zudem mussten die Zentren anfangs nicht nur über die Typisierungsresultate sondern auch über Seren aller Empfänger verfügen. Nur so konnte direkt bei der Organspende die Kreuzprobe zwischen Spenderlymphozyten und Empfängerserum noch vor dem Versenden der Niere durchgeführt werden. Vgl. Thiel 1970, S. 1555 sowie Largiadèr/Linder/Uhlschmid 1972, S. 722ff.

338 | SÄZ, 5.11.1969, S. 1186 sowie Universitätsspital Zürich, Jahresbericht 1969, S. 23f.
339 | Die Austausch-Werte für die Jahre 1970 bis 1986 basieren auf den jährlichen Statistiken des Typisierungslaboratoriums am Universitätsspital Genf (vgl. Zentralarchiv Universitätsspital Genf a und b). Für die nachfolgenden Jahre bis 1999 verfüge ich über keine entsprechenden statistische Werte – mit folgenden Ausnahmen: 1992 betrug der Austausch 15,3 Prozent (vgl. Anhang des Protokolls der Jahresversammlung der STAN vom 18.6.1993 in Bern, St. Gallen 9.7.1993, Swisstransplant-Archiv), 1993 22,4 Prozent (vgl. Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN, 17. juin 1994, Genf 15.5.1995, Swisstransplant-Archiv, S. 1) sowie 1994 27 Prozent (vgl. Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN, 20. septembre 1995, Genf 27.10.1995, Swisstransplant-Archiv, S. 2). Im Jahr 2000 betrug der Austausch-Anteil 41 Prozent, 2001 44 Prozent, 2002 40 Prozent und 2003 31 Prozent (vgl. Swisstransplant, Jahresbericht 2004, S. 26). Dies zeigt, dass der Nieren-Austausch gegen Ende der 1990er Jahre wieder zugenommen hat.
340 | Vgl. Bak-Jensen 2008.
341 | Largiadèr 1976, S. 1065.
342 | Es handelt sich um Patienten, die präformierte Antikörper im Blut haben und deshalb gegen die allermeisten der in einer durchschnittlichen Spenderpopulation vorkommenden Antigen-Merkmale immunisiert sind. Sie sind auf HLA-identische oder sehr kompatible Organe angewiesen. Vgl. Frei/Irlé/Jeannet 1986, S. 134 sowie Schlich 1998b, S. 75f.
343 | Departement für Chirurgie der Universität Basel, Kantonsspital, Jahresbericht 1979, S. 19.
344 | Vgl. Moulin 1991, S. 223; Feuerstein 1995, S. 146 sowie Bak-Jensen 2008.
345 | Vgl. etwa Jeannet 1987, S. 1843 sowie Largiadèr 1976, S. 1065.
346 | Die nationale Koordination nahm am 3. August 1992 im Genfer Kantonsspital ihren Betrieb auf. Sie sollte die Kommunikation mit den nichttransplantierenden Spitälern und den ausländischen Transplantationsorganisationen sowie die Organisation des Organaustauschs zwischen den Zentren verbessern, die von den Verantwortlichen oft heftig kritisiert wurde (vgl. Eingabe der Stiftung Swisstransplant an die Sanitätsdirektorenkonferenz, Entwurf zuhanden der Sitzung des Arbeitsausschusses vom 28. Februar 1991, 2. Fassung, Swisstransplant-Archiv, S. 9 sowie Die Organverschwendung nimmt kein Ende, in: Bündner Zeitung, 6.1.1992). Bis 1992 wurde der Organ-Austausch ohne zentrale Vermittlung direkt zwischen den Spitälern durch Mitglieder der jeweiligen Transplantationsteams koordiniert, was für die Beteiligten einen großen Aufwand bedeutete (vgl. Groupe Project N°65, Transplantation d'organes, Rapport intermediaire, 17.9.1990, Swisstransplant-Archiv, S. 4; Transplantationen bereiten nicht nur Freude, in: Tages-Anzeiger, 3.4.1992 sowie Lichtenhahn u.a. 1992, S. 628). »In der heutigen Situation erfolgt in der Schweiz die Organisation von Organentnahmen und Organaustausch im wesentlichen vielmehr auf der Basis von gegenseitiger Absprache und Improvisation, als auf der Basis einer strukturierten und eingespielten Organisation«, wurde

die Situation in einem internen Papier beschrieben (Rolle und Aufgabe des nationalen Koordinators für Transplantation in der Schweiz, Entwurf, o.D., Swisstransplant-Archiv).

347 | Swisstransplant, Procès verbal de la réunion de la fondation swisstransplant, 6. avril 1993, Swisstransplant-Archiv, S. 5.

348 | Swisstransplant, Procès verbal de la réunion de la fondation swisstransplant, 6. avril 1993, Swisstransplant-Archiv, S. 5.

349 | Vgl. Schlumpf u.a. 1996. Organe für »super-dringende« Patienten wurden auch mit anderen europäischen Organisationen getauscht. Bei der Bauchspeicheldrüse erfolgte die Zuteilung an andere Zentren aufgrund der Histokompatibilität (vgl. Swisstransplant, Austauschregeln Pankreas-Transplantation, Zürich 3.11.1993, Swisstransplant-Archiv).

350 | So kann die Ischämiezeit (die Dauer, während der ein Organ nicht durchblutet ist) ohne Transport kürzer gehalten werden. Vgl. etwa Dumoulin 1998, S. 124.

351 | Vgl. Wegleitung Nierentransplantation am Kantonsspital St. Gallen, Autoren: D. Sege und J. Tuma, o. D., Archiv Kantonsspital St. Gallen, S. 9.

352 | Departement für Chirurgie der Universität Basel, Kantonsspital, Jahresbericht 1979, S. 19.

353 | Vgl. Protokoll der Jahresversammlung des STAN vom Mittwoch, 27.6.1990 im Inselspital Bern, Swisstransplant-Archiv, S. 2 sowie Protokoll der Jahresversammlung der STAN vom 18.6.1993 in Bern, St. Gallen 9.7.1993, Swisstransplant-Archiv, S. 1.

354 | Vgl. Brief von G. Thiel, Kantonsspital Basel, an die Mitglieder der STAN, Basel 17.6.1986, Archiv Kantonsspital St. Gallen sowie Neue Leichennieren Austauschregeln für Swiss-Transplant, Basel 17.6.1986, Archiv Kantonsspital St. Gallen.

355 | Vgl. Protokoll der Sitzung der STAL (Swisstransplant Arbeitsgruppe Lebertransplantation) vom 11.4.1997 in Bern, Swisstransplant-Archiv, S. 1.

356 | Vgl. Brief von M. Faidutti, Universitätsspital Genf, an A. Laske, Universitätsspital Zürich, Genf 7.10.1992, Swisstransplant-Archiv; Brief von A. Laske, Universitätsspital Zürich, an Ph. Morel, Universitätsspital Genf, Zürich 13.1.1993, Swisstransplant-Archiv sowie Swisstransplant Arbeitsgruppe Herztransplantation (STAH), Jahresbericht 1992, Swisstransplant-Archiv.

357 | Für Nieren bestand ab 1993 eine partielle Pay Back-Verpflichtung (bei Doppeltransplantationen), ab 1996 eine generelle Pay Back-Verpflichtung (vgl. Swisstransplant, Prioritäten und Pay-Back-Regelung für den Organaustausch, St. Gallen 18.10.1993, Swisstransplant-Archiv; Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN à Berne, 11. juin 1996, Bern 28.6.1996, Swisstransplant-Archiv, S. 5 sowie Beschlussprotokoll der Jahresversammlung der STAN, Bern 25. August 1997, Archiv Kantonsspital St. Gallen, S. 2). Betreffend der Pay Back-Regelung für Lebern vgl. Swisstransplant Arbeitsgruppe Lebertransplantation (STAL), Austauschregeln für Lebertransplantate, Zürich 6.7.1992.

358 | Vgl. Feuerstein 1996, S. 102f.

359 | Vgl. G. Thiel, Beitritt der Schweiz zu Eurotransplant: die Contra-Position, Basel o. D., Archiv des Kantonsspitals St. Gallen, S. 4.

360 | Vgl. Bak-Jensen 2008, S. 39ff.
361 | Vgl. Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN à Berne, 11. juin 1996, Bern 28.6.1996, Swisstransplant-Archiv, S. 5.
362 | Vgl. Brief von Christine Zimmermann, Nationale Transplantationskoordinatorin, an F. Frey, Inselspital Bern, Genf 11.5.1997, Archiv Kantonsspital St. Gallen.
363 | Brief von R. Schlumpf, Universitätsspital Zürich, an F. Frey, Inselspital Bern, 21.7.1997, Archiv Kantonsspital St. Gallen.
364 | Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN, 9. septembre 1999, Genf 27.9.1999, Archiv Kantonsspital St. Gallen, S. 3.
365 | So heißt es auch in der Botschaft des Bundesrats zum nationalen Transplantationsgesetz, dass die Zuteilungspraxis nach Aussage der Beteiligten sehr gut funktioniere. Vgl. Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz), 12.9.2001, S. 115. Vgl. auch Schlumpf u.a. 1996, S. 408f. sowie Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN, 9. septembre 1999, Genf 27.9.1999, Archiv Kantonsspital St. Gallen, S. 3.
366 | Largiadèr 2010, S. 273.
367 | Largiadèr 2010, S. 253.
368 | Vgl. Largiadèr 2010, S. 253f. u. 266. Vgl. ebenfalls den Brief von M. Faidutti, Universitätsspital Genf, an A. Laske, Universitätsspital Zürich, Genf 7.10.1992, Swisstransplant-Archiv; Brief von A. Laske, Universitätsspital Zürich, an Ph. Morel, Universitätsspital Genf, Zürich 13.1.1993, Swisstransplant-Archiv sowie Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN, 20. septembre 1995, Genf 27.10.1995, Swisstransplant-Archiv, S. 5.
369 | In den Protokollen der STAN finden sich immer wieder Hinweise, dass die genaue geographische Aufteilung der Einzugsgebiete umstritten war. Vgl. Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN, 17. juin 1994, Genf 15.5.1995, Swisstransplant-Archiv, S. 4; Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN, 20. septembre 1995, Genf 27.10.1995, Swisstransplant-Archiv, S. 5; Beschlussprotokoll der Jahresversammlung der STAN, Bern 11. November 1998, Archiv Kantonsspital St. Gallen, S. 2; Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN, 9. septembre 1999, Genf 27.9.1999, Archiv Kantonsspital St. Gallen, S. 2.
370 | Eine Studie, die darauf die Zuteilung von Nieren in der Schweiz untersuchte, entdeckte jedoch nur wenig Unregelmäßigkeiten und kam zum Schluss, dass die Zuteilung sehr befriedigen erfolge. Vgl. Landmann 1994.
371 | Während die Nierentransplantation schon früh eine Pflichtleistung der Krankenkassen wurde, so wurden die Transplantationen anderer Organe anfangs nicht oder nicht vollständig von den Kassen übernommen. Vgl. Largiadèr 2010, S. 86 u. 198. Vgl. auch Kosten für Herztransplantationen, in: NZZ, 28.8.1986; Herzverpflanzung kassenpflichtig, in: Der Bund, 10.12.1988; An Geld fehlt es nicht, in: Coop-Zeitung, 8.6.1989; Sutter 1993, S. 17; Lebertransplantation am Unispital: Krankenkasse muss zahlen, in: Tages-Anzeiger, 8.9.1994; Lebertransplantation auf Krankenschein, in: NZZ, 15.9.1994.

372 | Vgl. Dumoulin 1998, S. 116ff. sowie Schneider 1994.
373 | Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen wurde ab den 1980er Jahren in den westeuropäischen Wohlfahrtsstaaten zunehmend als ein großes Problem angesehen. Vgl. Stollberg 2001, S. 52f.
374 | Vgl. Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 3f. sowie Schneider 1994, S. 28f. Unter anderem aus diesem Grund schrieb der Schweizer Verband für Gemeinschaftsausgaben der Krankenkassen (SVK) eine Mindestanzahl von Transplantationen pro Zentrum vor (vgl. Lebertransplantation am Unispital: Krankenkasse muss zahlen, in: Tages-Anzeiger, 8.9.1994 sowie Lebertransplantation auf Krankenschein, in: NZZ, 15.9.1994).
375 | Zürich nahm 1985 die Herztransplantationen wieder auf. Lausanne und Genf folgten wenig später, Bern 1994 und Basel erst 1999. Ab diesem Zeitpunkt wurden an fünf Spitälern in der Schweiz Herzen verpflanzt, wobei die Anzahl der jährlichen Eingriffe pro Zentrum meist sehr gering blieb. Nachdem Genf 2003 und Basel 2006 die Herztransplantationen einstellten, sind es später noch drei Zentren, die diese Eingriffe durchführen. Vgl. Reho u.a. 2005 sowie Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2010.
376 | Schneider 1994, S. 18f.
377 | Die diesbezügliche Präferenz der kantonalen Gesundheitspolitiker kann demokratietheoretisch mit der Sorge um das Ansehen bei den kantonalen Wählern erklärt werden (vgl. Stollberg 2001, S. 53 sowie Schneider 1994, S. 18). 1999 erklärten die Krankenkassen in einer Stellungnahme, dass die Anzahl der Transplantationskliniken »aus Prestigegründen weit über den Bedarf« hinausgingen (Das beste Pferd aus Zürich und kein Herz für Basel, in: Weltwoche, 9.3.2000).
378 | Largiadèr 2010, S. 155.
379 | Vgl. etwa die Argumentation des Leiters des Lebertransplantations-Programms am Inselspital Bern 1992 an einem Symposium (Transplantation – nicht nur eine Kostenrechnung, in: Der Bund, 26.6.1992) sowie des Direktors der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefässchirurgie am Inselspital Bern 1994 im Interview (»Hier entnommene Herzen auch hier verpflanzen«, in: Berner Zeitung, 10.5.1994).
380 | Ulrich Althaus vom Inselspital Bern, zit. in Schneider 1994, S. 53. Ähnlich argumentierten 1993 auch die Leiter der Basler Transplantationsabteilung, Jonas Landmann und Gilbert Thiel: Basel drohe in Bezug auf die Transplantation zweitrangig zu werden, weil es das einzige Universitätsspital habe, das außer Nieren kein solides Organ transplantiere (vgl. Basel ein Zentrum für Herztransplantation?, in: Basler Zeitung, 13.1.1993).
381 | Markus Büchler gegenüber der Weltwoche. Das beste Pferd aus Zürich und kein Herz für Basel, in: Weltwoche, 9.3.2000.
382 | Der Herzchirurg René Prêtre im Interview: »Lässt sich im Gesundheitswesen sparen, Herr Prêtre?«, in: Tages-Anzeiger, 31.12.2010. Zur symbolischen Bedeutung des Herzens im Zusammenhang mit Transplantationen vgl. Wiebel-Fanderl 2001.

383 | Vgl. Schlich 1995a, S. 20ff.; Schlich 1996, S. 16 u. 29 sowie Schlich 1998a, S. 349.

384 | Unter »Feld« versteht Bourdieu unterschiedliche Bereiche des sozialen Lebens, die bestimmten Codes, Strukturierungen, Rangordnungen – oder eben Spielregeln – unterworfen sind, und auf denen die sozialen Kämpfe um die bestmöglichen Positionen im Feld stattfinden. Vgl. Bourdieu 1993b sowie Bourdieu 1997.

385 | Diese anderen Kapitalformen können wiederum in symbolisches Kapital transferiert werden. Zum symbolischen Kapital vgl. Bourdieu 1987, S. 205ff. u. 245ff. sowie Bourdieu 1998, S. 108ff.

386 | Zu Bourdieus Kapital-Theorie vgl. Bourdieu 1992. Zur Anwendung von Bourdieus Theorie auf die ärztliche Praxis vgl. Begenau u.a. 2005, S. 33ff.

387 | Eine Darstellung dieser sich an ökonomischen Modellen orientierenden Theorien findet sich bei Callon 1995, S. 36ff.

388 | Eine solche Auflistung von Pionierleistungen – einerseits für die Schweiz und andererseits international – stand jeweils am Ende der Jahresberichte von Swisstransplant unter dem Titel »Geschichte der Transplantationsmedizin«.

389 | Zu diesem Schluss kommt Eckert 2003, S. 1f. sowie 120ff.

390 | Ein Arzt schrieb beispielsweise, das ärztliche Tun, das sich mit dem Mantel der Propaganda und Sensation umgebe, lasse darauf schließen, dass solche Ärzte einem fatalen Größenwahn erlegen seien. »Aber Sensationsrummel dient weder dem Patienten noch der Orientierung des Publikums [...], sondern lediglich der Befriedigung persönlichen Ehrgeizes und Ruhmes.« Stimmen zu den Herztranplantationen, in: SÄZ, 24.1.1968, S. 75. Ähnliche Äußerungen finden sich auch in: Herztransplantation – mehr als ein technisches Problem, in: SÄZ, 24.1.1968, S. 74; Herz zur Show, in: SÄZ, 13.3.1968, S. 277 sowie Herzverpflanzungen – Suche nach gültigen Maßstäben, in: NZZ, 18.6.1968. Vgl. auch Bellanger/Steinbrecher/Obrecht 2002, S. 1949f.

391 | Bereits 1912 erhielt Alex Carrel den Nobelpreis in Anerkennung seiner Arbeit über die Gefäßnaht und die Transplantation von Blutgefäßen und Organen. Joseph Murray erhielt den Ehrenpreis 1990 zusammen mit E. Donnall Thomas für die Einführung der Methode der Übertragung von Gewebe und Organen als klinische Behandlungspraxis in der Humanmedizin. Zwei Nobelpreise wurden im Bereich der Immunologie verliehen: 1960 an Peter Brian Medawar für die Entdeckung der erworbenen immunologischen Toleranz sowie 1980 an Jean Dausset für die Erforschung des HLA-Systems.

392 | Zu einer diesbezüglichen Kritik an Bourdieus Theorie vgl. Moebius 2006, S. 65 sowie Sarasin 2003a, S. 17f.

393 | Organigramm der Transplantationschirurgie am Inselspital Bern, o. D., Staatsarchiv Bern Insel II 1022.

394 | Vgl. Swisstransplant, Prioritäten und Pay-Back-Regelung für den Organaustausch, St. Gallen 18.10.1993, Swisstransplant-Archiv sowie Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN à Berne, 11. juin 1996, Bern 28.6.1996, Swisstransplant-Archiv, S. 5.

395 | Foucault 2004b, S. 54. Zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens vgl. Borck 1996, S. 19f.
396 | »Wir möchen gerne mehr transplantieren«, in: Krankenpflege, September 1990, S. 29.
397 | Wo bleibt die Ethik?, in: Krankenpflege, Juli 1990, S. 25.
398 | Transplantation d'organes: les Suisses dans l'ignorance, in: Le Nouveau Quotidien, 12.9.1994.
399 | »Hier entnommene Herzen auch hier verpflanzen«, in: Berner Zeitung, 10.5.1994.
400 | 1969 äußerte das Universitätsspital Zürich die Absicht, den Mangel an Spendern durch Zuziehung weiterer Spitäler zur Organspende beheben zu wollen. 1970 stellten dann erstmals auch andere Spitäler der näheren Umgebung Nieren von Frischverstorbenen für die Transplantation zur Verfügung (vgl. Universitätsspital Zürich, Jahresbericht 1969, S. 23f. sowie 1970, S. 24). Am meisten Organe beschafften in den 1970er, 1980er und 1990er Jahren die Spitäler in Aarau, Chur, Luzern und Lugano.
401 | Universitätsspital Zürich, Jahresbericht 1975, S. 63. Dieselbe Aussage findet sich bereits in einem Bericht von Zürcher Ärzten über die Organtransplantation in Zürich von 1972 sowie später in einem Bericht von 1987 (vgl. Largiadèr/Linder/Uhlschmid 1972, S. 725 sowie Largiadèr u.a. 1987, S. 1133).
402 | Inselspital Bern, Jahresbericht 1985, S. 60. Eine ähnliche Aussage findet sich in Largiadèr 1987, S. 1825.
403 | »Der Appell zur landesweiten Identifizierung potentieller Spender muss also erneut mit aller Dringlichkeit ausgesprochen werden.« So lautet der letzte Satz einer Studie, welche die Nichtbeteiligung der peripheren Spitäler bei der Rekrutierung von Organspendern problematisierte (Landmann 1994, S. 1586). Laut einem Protokoll der Jahresversammlung der STAN (Swisstransplant Arbeitsgruppe Nierentransplantation) von 1996 verfolgte Swisstransplant zu dieser Zeit eine Informationsstrategie in drei Schritten: Zuerst sollen die peripheren Spitäler Informationsmaterial erhalten. Danach werden Vertreter der Spitäler vom nächstgelegenen Transplantationszentrum zum Informationstag eingeladen. Diese Vertreter sollen dann als Verbindungspersonen fungieren (vgl. Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN à Berne, 11. juin 1996, Bern 28.6.1996, Swisstransplant-Archiv, S. 2).
404 | Worte eines Transplantat-Empfängers, in: Re-naissance 6, Januar 1993, S. 11.
405 | Neues Leben dank neuer Lunge, in: NZZ am Sonntag, 17.8.2003. 2002 stammten von 75 in der Schweiz identifizierten Spendern nur 14 aus nichttransplantierenden Spitälern (davon 7 aus Lugano). 2003 waren es 23 von 95 Spendern (davon acht aus Lugano) (vgl. Swisstransplant, Jahresberichte 2002 und 2003).
406 | Brief von A. Frutiger, Rätisches Kantons- und Regionalspital Chur an SAMW, Chur 9.8.1995, SAMW-Archiv.
407 | Genau genommen bezieht sich der Absender auf den Vernehmlassungs-Text der Richtlinien, der 1994 publiziert wurde. Der betreffende Passus blieb aber in der definitiven Version unverändert bestehen. Vgl. SAMW, Definition und Richtlinien zur Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, Version vom 18.11.1994,

in: SÄZ, 24.5.1995, S. 869 sowie SAMW, Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, in: SÄZ, 30.10.1996, S. 1774.

408 | Vgl. Brief von A. Frutiger, Rätisches Kantons- und Regionalspital Chur an SAMW, Chur 9.8.1995, SAMW-Archiv.

409 | Leutenegger/Oh/Frutiger 1982, S. 865.

410 | Transplantationen bereiten nicht nur Freude, in: Tages-Anzeiger, 3.4.1992.

411 | Vgl. Lichtenhahn u.a. 1992, S. 623ff.

412 | Lichtenhahn u.a. 1992, S. 623.

413 | Lichtenhahn u.a. 1992, S. 630.

414 | In den symbolischen Kämpfen in den einzelnen Feldern geht es laut Bourdieu nicht nur darum, vom symbolischen Kapital zu profitieren, sondern auch darum, die Definitions- und Legitimationsmacht über die Spielregeln, an denen sich die Kämpfe auszurichten haben, festzulegen. Es »geht in den Kämpfen darum, wer definiert, was im jeweiligen sozialen Feld erstrebenswert ist, [...] wie gedacht, wahrgenommen und gehandelt werden darf.« Moebius 2006, S. 56f.

415 | Vgl. Bourdieu 1993a, S. 107ff.

416 | 2003 wurde Martinoli etwa von der NZZ unter dem Titel »Mit Herz und Seele für die Organspende« portraitiert (NZZ, 27.10.2003). Vgl. auch Martinoli 1993; Die Angehörigen sind überfordert, in: Tages-Anzeiger, 5.4.1995; Spenderausweise tragen nur wenige auf sich, in: NZZ, 2.3.2002; Wie entsteht eine »Organspende-Kultur«?, in: NZZ, 19.7.2003; Verlorene Herzen, in: Weltwoche, 4.9.2003; Beim Organspenden sind die Tessiner Spitze, in: Tages-Anzeiger, 28.4.2004.

417 | Procès-verbal de la réunion annuelle du STAN à Berne, 11. juin 1996, Bern 28.6.1996, Swisstransplant-Archiv, S. 3.

418 | Vgl. Weiterhin Mangel an Transplantationsorganen, in: NZZ, 7.2.1997. Eine Studie zum Organmangel in der Schweiz von 2006 kam zum Schluss, dass trotz dieser pauschalen Entschädigungen die ökonomischen Anreize für die Spitäler zu gering blieben: »Obwohl gewisse finanzielle Leistungen, die durch eine Organentnahme für die Institution entstehen, durch die Kostenträger (SVK) mit einer Pauschale abgegolten werden, wird wohl der [...] Negativtrend in der Schweiz nicht abgefangen werden können. Der zunehmende Kostendruck, die Arbeitszeitbeschränkungen bei Ärzten und Pflege, aber auch dadurch verursachte verständliche Motivationsprobleme bei den Verantwortungsträgern und die weiterhin zunehmende Konkurrenzierung der Ressourcen und Kapazitäten innerhalb eines Spitals durch diese nicht planbaren und als Notfall zu organisierenden Organspenden (mit dem Elektiv- oder Notfallprogramm) unterstützten diesen Negativtrend weiter.« (Seiler u.a. 2006, S. 148).

4. Die Moralisierung der Organspende

Die Organbeschaffung in der Schweiz der 1980er und 1990er Jahre, so hat das vorhergehende Kapitel gezeigt, war ein prekäres, nicht abschließbares Projekt, das ständig neu evaluiert, angepasst und ausgehandelt werden musste. Der »Siegeszug« der Transplantationsmedizin erweist sich in historischer Perspektive als zweischneidig: Die Transplantationsmedizin hat sich dank der verbesserten Resultate als erfolgversprechende und gefragte Therapieform etabliert – was von den Protagonisten als »Erfolgsgeschichte« gewertet wurde. Gleichzeitig hat sie sich aber auch laufend nicht intendierte Probleme geschaffen, welche die »Erfolgsgeschichte« in Frage stellten. Sie litt unter den fremden und eigenen Erwartungshaltungen, die sie mit ihrem Anspruch geweckt hatte, allen, die dies benötigten, ein Ersatzorgan einzupflanzen. In den Krankenhäusern weckte die praktische Umsetzung des wachsenden Begehrens nach Körperteilen emotionale Irritationen, Konflikte und Widerstände. Mit der zunehmenden Optimierung und Ausweitung der Organbeschaffung nahm auch das Bedürfnis ihrer Legitimierung zu.

Dabei zeigte sich je länger je deutlicher, dass der »Kommunikations-Krieg« nicht an den Mauern der Krankenhäuser Halt machte. Nur getragen von einer breiten gesellschaftlichen Unterstützung, so die wachsende Überzeugung, war der Kampf gegen den Organmangel zu gewinnen. Doch wie versuchten die Vertreter der Transplantationsmedizin, sich diese Unterstützung zu sichern? Wer waren dabei ihre Verbündeten? Wie legitimierten und bewarben die transplantationsmedizinischen Akteure ihren großen Bedarf nach Organen? Und wie wurde dieser in der medialen Öffentlichkeit gedeutet und bewertet? Diese Fragen will ich in diesem Kapitel beantworten. Zunächst werde ich auf die Informationskampagnen für Organspenden eingehen und die Hintergründe, Motive und Ziele der transplantationsmedizinischen Öffentlichkeitsarbeit beleuchten. Danach werde ich die Rolle der Patientenorganisationen und der Pharmaindustrie untersuchen, welche die Öffentlichkeitsarbeit der Transplantationsmedizin unterstützt und mitgetragen haben. Schließlich werde ich mich dem Inhalt der Kampagnen zuwenden, den Diskurs der »guten« Organspende analysieren und dessen Wirksamkeit überprüfen. Dabei stehen

die Begriffe des »Geschenks« und des »Lebens« im Vordergrund, um die der Organspende-Diskurs organisiert war.

4.1 Aufklärungskampagnen

Vor über 3000 Anwesenden erklärte Bundesrätin Ruth Dreifuss am 11. September 1994 auf dem Bundesplatz in Bern, dass sie von nun an einen Organspenderausweis bei sich trage. »Beim Entscheid, ein Organ zu spenden, hat die persönliche Integrität nichts zu verlieren, ganz im Gegenteil«, betonte die Bundesrätin. Sie rief die Bevölkerung auf, Hemmnisse und falsch verstandene Traditionen zu überwinden und vermehrt bei dieser »Lebenskette« mitzumachen. Zuvor hatte sie das letzte Teil eines über 1000 Quadratmeter großen Riesenpuzzles eingefügt, das von den zahlreich anwesenden Transplantierten zusammengesetzt worden war. Es trug die Aufschrift »Ja zur Organspende« in den drei Landessprachen. Der Präsident der Stiftung Swisstransplant übergab der Bundesrätin eine Charta mit Postulaten zur Förderung der Organspende. Eine Band sorgte für die musikalische Untermalung – unter anderem mit dem Song »Life is everything«, der die Organspende thematisiert.

An jenem Sonntag erlebte die Schweiz eine große »Demonstration« für Organspenden.[1] Die Stiftung Swisstransplant hatte den Tag zum »Nationalen Tag der Transplantation und Organspende« erklärt. Das Ziel der Demonstration sei es, das Interesse der Bevölkerung für die Transplantation und die Organspende hervorzurufen, hatte der Swisstransplant-Präsident im Vorfeld erklärt. Deshalb sei die mediale Wirkung wichtig.[2] Im Nachhinein zogen die Verantwortlichen eine positive Bilanz: Frau Dreifuss habe ihren Organspenderausweis vor den Kameras präsentiert; viele Zeitungen, Radio und Fernseh-Sender hätten über das Ereignis berichtet; und in den nachfolgenden Monaten sei die Nachfrage nach Informationsbroschüren und Spenderausweisen markant gestiegen.[3]

Der »Nationale Tag der Transplantation und Organspende« bildete einen Höhepunkt der Öffentlichkeitsarbeit der Stiftung, die 1987 mit zwei Pressekonferenzen in Genf und Bern ihren Anfang genommen hatte. In Zusammenarbeit mit dem Lions Club, der »mitgliederstärksten Serviceorganisation in der Schweiz«,[4] und unter Anleitung eines professionellen PR-Unternehmens hatte Swisstransplant damals eine breit angelegte Informationskampagne mit dem Motto »Organe spenden – Leben schenken« lanciert. Das erklärte Ziel war eine Zunahme der Organspenden.[5] Sie richtete sich einerseits an das medizinische Personal, andererseits an die gesamte Bevölkerung als potentielle Organspender. Es gehe darum, so hält das Grundlagenpapier zur Informationskampagne, die »PR-Skizze zur Popularisierung der Organspende« von 1986, fest, ihre Einstellung zur Transplantation positiv zu beeinflussen.

Ich habe gezeigt, dass bereits um 1970 bei den verantwortlichen Ärzten Einigkeit über die Notwendigkeit von sogenannten Aufklärungskampagnen herrschte. Dass die erste gesamtschweizerische, koordinierte Kampagne dann 1987 startete, hatte nur bedingt mit einer Verschärfung des Organmangels zu tun. Zwar ging die Kampagne von der Überzeugung aus, dass die Bereitschaft zur Organspende »noch längst nicht gross genug« sei.[6] Sie war aber keine Reaktion auf sinkende Spenderzahlen. Der Einbruch der Organspender erfolgte erst, als die Kampagne bereits geplant und lanciert worden war. Vielmehr stand die Informations-Offensive im Zusammenhang mit den verbesserten Resultaten der Organtransplantation und dem mit diesen verbundenen Fortschrittsoptimismus zu Beginn der 1980er Jahre. Die Transplantationstechnik werde in den nächsten Jahren noch größere Fortschritte verzeichnen, prophezeite die PR-Skizze von 1986: »Die Zahl der heutigen Organspenden deckt die vorhandenen Bedürfnisse nur knapp. Sie wird in Zukunft kaum mehr ausreichen, da die Zahl der Patienten wächst, denen mit einer Organtransplantation eine grosse, echte Hilfe geboten werden kann.«[7] Die Werbung für die Organspende sollte also die Ressourcen-Basis gewährleisten, die für die angestrebte Expansion der Transplantationsmedizin notwendig war.

Das Dilemma der sozialen Vernetzung

Die Öffentlichkeitsarbeit ging mit einem Willen zur sozialen Vernetzung einher: Neben finanziellen Mitteln brachte der Lions Club als Partner von Swisstransplant auch ein bedeutendes soziales Netzwerk in die Kampagne ein.[8] Die Zusammenarbeit mit dem Wohltätigkeitsverein kann als Ausdruck der wachsenden Überzeugung der Transplantationsmedizin gewertet werden, dass die Organbeschaffung auf die Unterstützung einflussreicher gesellschaftlicher Akteure angewiesen ist. Bereits in der Gründungsakte von Swisstransplant wurde festgehalten, dass der Stiftungsrat durch seine Mitglieder gesellschaftlich möglichst breit abgestützt sein solle.[9] So saßen dort von Beginn an neben Ärzten auch Politiker. Dieser »Brückenschlag zwischen Forschung, Klinik und Amtsstellen« wurde von der *Schweizerischen Ärztezeitung* positiv hervorgehoben.[10] 1987 erhielt auch ein Lions Club-Vertreter einen Sitz.

Zudem gehörten neben Vertretern von SAMW und SVK auch Repräsentanten der Großunternehmen Sandoz und Crédit Suisse zum Stiftungsrat. Das zeugt vom Willen der Transplantationsmedizin, auch über das engere medizinische Milieu hinaus Allianzen zu schmieden. Nicht nur die gesamte Ärzteschaft, so betonte der Transplantationsmediziner Felix Largiadèr, sondern auch die gesamte Bevölkerung solle sich für die Organspende engagieren, die »der Ethik und dem Lebensgefühl der heutigen Gesellschaft« entspreche.[11] Eine besondere Bedeutung als »Informationsmittler« maßen die Kampagnen-Verantwortlichen Presse, Radio und Fernsehen, Geistlichen und deren Orga-

nisationen sowie Lehrern bei.[12] Sie erhofften sich von diesen als einflussreich betrachteten Institutionen und Instanzen offenbar einen Multiplikationseffekt bezüglich der Verbreitung ihrer Botschaften.

Die Transplantationsmedizin war auf die Unterstützung nicht-medizinischer Kreise angewiesen. Trotzdem bekundeten die Ärzte immer wieder Mühe, die »Laien« als gleichberechtigte Partner anzuerkennen. An einer STAN-Sitzung von 1990 kritisierte ein Arzt die Zusammensetzung des Swisstransplant-Stiftungsrates. Sie sei problematisch, da der Rat weitgehend aus Leuten aus Politik und Wirtschaft bestehe.[13] Auch das Engagement des Lions Clubs stieß auf Skepsis. Mehrmals betonten Mitglieder des Stiftungsrates, dass Swisstransplant bei der Öffentlichkeitsarbeit unbedingt die Kontrolle behalten müsse.[14] In einem Lagebericht schlug der STAN-Präsident Modifikationen des Vertrags mit dem Lions Club vor, die eine Kontrolle der Öffentlichkeits-Kampagne durch »Mitglieder der Stiftung Swisstransplant (Spitalärzte)« garantieren sollten. Die Öffentlichkeitsarbeit sei nicht ungefährlich; deshalb dürfe die Arbeitsgruppe Organspende nicht mehrheitlich aus klinik- und transplantationsfremden Mitgliedern – »PR-Leute, Manager, Politiker etc.« – bestehen, auch wenn deren Enthusiasmus und Effizienz nicht angezweifelt werde und ihre Mitarbeit absolut nötig sei.[15]

Wir treffen hier auf ein Selbstverständnis, dem wir bereits im zweiten Kapitel begegnet sind: Die mit der Transplantation befassten Ärzte wollten eigenständig über die Geschicke der Organtransplantation entscheiden – auch bei der Öffentlichkeitsarbeit. Sie erklärten den Organmangel zwar nun zum gesamtgesellschaftlichen Problem und akzeptierten Laiengruppen dankbar als Helfer. Ihrer tatsächlichen Mitbestimmung standen die Ärzte aber nach wie vor kritisch gegenüber. Die Mediziner sahen sich mit einem Dilemma konfrontiert, das sich im Zuge ihrer Aufklärungsbemühungen akzentuierte: Einerseits waren sie auf die Kooperation mit anderen gesellschaftlichen Akteuren zur Förderung der Organspende angewiesen, andererseits drohten sie dadurch ihre Deutungshoheit über die Organspende einzubüßen.

Den Vorschlag, dass der Lions Club an den Pressekonferenzen nicht in Erscheinung treten dürfe, lehnte der Stiftungsrat schließlich ab.[16] Es überwogen für die Stiftung die Vorteile, die ein »uneigennütziger« Einsatz des Wohltätigkeitsvereins versprach. Die Suche nach Unterstützung vor allem finanzieller Art erwies sich nämlich vorerst als schwierig. Von einem »Engagement in Zusammenhang mit verstorbenen Menschen« erhoffe man sich offenbar keine große Propagandawirkung, schrieb ein Arzt 1987 zur erfolglosen Sponsorensuche.[17]

Letztlich konnten genügend Geldgeber gefunden werden – neben der Sandoz AG unter anderem auch die Tages Anzeiger AG sowie der Kanton Zürich.[18] Samariterbund, Apothekerverein und Drogistenverband erklärten sich bereit, das gedruckte Informationsmaterial zu verbreiten.[19] In mehreren Schweizer

Städten wurden Informationssekretariate eingerichtet.[20] Neben zahlreichen Gratisinseraten, die zur Spende aufriefen, erschienen in Zeitungen auch viele redaktionelle Artikel zum Thema.[21] Auch an öffentlichen Anlässen wurde für die Organspende geworben – etwa 1988 an der Mustermesse in Basel.[22]

Zu Beginn der 1990er Jahre endete wie vorgesehen das befristete Engagement des Lions Clubs – die Informationskampagne ging aber weiter, nun mit offizieller Unterstützung von FMH und SRK.[23] Swisstransplant orientierte regelmäßig an nationalen Pressekonferenzen über den Organmangel. 1992 fanden in Basel und Zürich öffentlichkeitswirksame Symposien zur Organspende statt.[24] Der erste »Nationale Tag der Transplantation und Organspende« war 1994 der Startschuss zu einer neuen nationalen Kampagne. Da er als Erfolg gewertet wurde, wurde der Tag in den folgenden Jahren wiederholt; 1995 sollten neben Veranstaltungen in den sechs Transplantationszentren transplantierte Kinder, die nach einem Rundflug vom Trainer der Schweizer Fußballnationalmannschaft begrüßt wurden, für Medieninteresse sorgen.[25] Auf Einladung von Swisstransplant fand dann 1996 in Genf der erste »Europäische Tag der Organspende und der Transplantation« statt, an dem am Rande einer großen Konferenz auch die Skulptur »Don du coeur« des Genfer Künstlers Poussin eingeweiht wurde.[26]

»Unwissen«

Seit 1987 investierten die Stiftung Swisstransplant und ihre Sponsoren also erhebliche finanzielle und personelle Ressourcen in die Öffentlichkeitsarbeit. Wie lässt sich dieser große Aufwand erklären? Was waren die Prämissen und Motive, die hinter diesem Engagement standen? Und welche waren die Strategien, mit denen die gesetzten Ziele erreicht werden sollten?

Die Verweigerung der Spende, so erklärte der Präsident des Exekutivkomitees von Swisstransplant anlässlich der jährlichen Pressekonferenz am 13. Januar 1994, resultiere aus einem Informationsmangel der Schweizer Bevölkerung. Deshalb wolle Swisstransplant die Bevölkerung über die Organtransplantation informieren.[27] In einem Zeitungsinterview zum nationalen Informationstag in Bern präzisierte er: »Les personnes qui disent ›non‹ le disent plus par méconnaissance que par refus total.« Tests würden beweisen, dass 80 Prozent sich für die Organspende aussprechen würden, wenn sie besser informiert wären.[28]

Die Öffentlichkeitsarbeit basierte also auf einer Annahme, welche die Transplantationsärzte – wie wir im zweiten Kapitel gesehen haben – bereits um 1970 teilten: Die Ablehnung der Organspende, so die Prämisse, beruhe auf Unkenntnis und Unwissen. Dieses solle durch Aufklärung, also die Vermittlung von »richtigem« Wissen beseitigt werden.

Dieser Befund bedarf einer zweifachen Differenzierung. Die erste betrifft den Begriff des Unwissens, gegen das sich die Aufklärung richtete. Drei unterschiedliche Vorstellungen dieses Unwissens lassen sich unterscheiden. Die erste Vorstellung war während des ganzen Untersuchungszeitraums wirksam: Im Konzept der Swisstransplant-Kampagne für die Jahre 1994 und 1995 wurde der Ursprung des Unwissens etwa in »unbewussten Verstörtheiten [*troubles*] angesichts der neuen medizinischen Möglichkeiten«, in »ganz tief in uns verankerten Glaubensvorstellungen« vermutet, die – wie es heißt – zu einer Ablehnung der Transplantationsmedizin führen könnten.[29] Auch die Zeitschrift *Re-naissance* thematisierte 1993 die Ängste, die durch die schnelle, kaum überschaubare technische Entwicklung geweckt würden. Diese Ängste führten zu »Bestrebungen, sich abzusichern, indem man sich zu einer Reaktion der gefühlsmäßigen, unbewussten Ablehnung und zu alten Glaubensbildern hinwendet oder sich hinter eine grundsätzlich lähmende Einstellung flüchtet«. Hinsichtlich dieser Ablehnung, so die Zeitschrift, sei es wichtig, die Öffentlichkeit in einer objektiven und verständlichen Weise zu informieren.[30]

In einer ähnlichen, häufigeren Interpretation wurde der Widerstand gegen die Organspende mit der Angst vor der Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod erklärt. Der Gedanke an den Tod, vor allem an den eigenen, sei vielen unheimlich, schrieb die *Weltwoche* 1988. Deshalb seien Überlegungen zur Organtransplantation für manche Zeitgenossen begreiflicherweise noch tabu.[31] In dieser ersten Sichtweise – die während des gesamten Untersuchungszeitraums präsent ist – entspringt das Unwissen also einer unbewussten, emotionalen und irrationalen Ablehnung, Verdrängung oder Tabuisierung aufgrund einer Überforderung durch die Auseinandersetzung mit dem Tod und der modernen Spitzenmedizin. Der Skepsis gegenüber der Organspende wird hier eine existentielle Dimension zugeschrieben.

Wandel der medialen Berichterstattung

Eine zweite, mit der Verdrängungs-These kompatible Konzeption von Unwissen dominierte die Analyse Mitte der 1980er Jahre, ganz zu Beginn der Öffentlichkeitskampagne. Sie legte die Betonung vor allem auf die fehlende Auseinandersetzung mit dem Thema: Das PR-Konzept von 1986 enthielt die Feststellung, das Wissen über die Organtransplantation sei in der Schweiz noch wenig verbreitet; es werde zu wenig über sie gesprochen. Das Medieninteresse sei überraschenderweise noch sehr klein. Dementsprechend sei auch der Informationsstand in der breiten Bevölkerung noch gering; es existierten kaum oder aber teilweise falsche Vorstellungen.[32] Tatsächlich hatte die Medienberichterstattung über die Organtransplantation nach einem ersten Höhepunkt Ende der 1960er Jahre stark abgenommen und legte erst wieder

Ende der 1980er Jahre zu, als Organmangel und Organhandel für Schlagzeilen sorgten.

Dass nach dem Skandal von 1969 im öffentlich-medialen Diskurs über die Organbeschaffung weitgehend Ruhe einkehrte, hatte vor allem zwei Gründe: Nachdem sie die spektakulären Herzverpflanzungen aufgegeben hatte und sich vorerst auf die Nierentransplantationen konzentrierte, verlor die Transplantationsmedizin für die mediale Berichterstattung an Attraktivität. Dazu kam, dass sich die Organbeschaffung in dieser Phase als konflikt- und skandalresistent erwies: Bis zu den 1990er Jahren konnten offenbar medienwirksame Konflikte und Pannen vermieden werden oder gelangten zumindest nicht an die Öffentlichkeit. Folgerichtig wurde die Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit 1986 darin gesehen, die Öffentlichkeit überhaupt erst auf die Existenz und Notwendigkeit der Organtransplantation und Organspende aufmerksam zu machen.

Die Analyse von 1986 musste bald schon revidiert werden, wobei eine dritte Vorstellung von Unwissen in den Vordergrund rückte: So sah das Konzept zur nationalen Kommunikationskampagne von Swisstransplant für die Jahre 1994 und 1995 als wichtigsten Grund für die Zurückhaltung der Bevölkerung – neben den oben erwähnten »unbewussten Verstörtheiten« – die »negativen Informationen«, die durch die Medien verbreitet würden und oft auf Sensationsberichten über Organhandel und Xenotransplantation beruhten. Das Problem war nun nicht mehr das mangelnde Interesse der Öffentlichkeit. Ab Ende der 1980er Jahre hatte die Beschäftigung der Medien mit der Organtransplantation und der Organspende stark zugenommen.[33] Mit der Zunahme von Organverpflanzungen hätten sich die ethisch-moralischen sowie rechtlichen Diskussionen in der Öffentlichkeit vermehrt, heißt es in einem Leitfaden für die Organtransplantation von 1992. Deshalb sei es außerordentlich wichtig, vermehrte und gründliche Aufklärungsarbeit für die Öffentlichkeit, bei allen Ärzten und dem Krankenpersonal zu leisten, damit bestehende Vorurteile und aus Unkenntnis resultierende Ressentiments abgebaut werden könnten.[34]

Die Aufklärung richtete sich also weniger gegen ein Nicht-Wissen, als gegen ein »falsches« Wissen, gegen Unwahrheiten über die Organspende. Sie bezog sich auf die öffentliche Diskussion und die Medien, deren Berichterstattung die Kampagnenverantwortlichen mit Interesse verfolgten.[35] Die Medien wurden – wie wir noch genauer sehen werden – aufgrund der »einseitigen negativen Schlagzeilen«,[36] der »sachlich fragwürdigen Informationen«[37] und der »sensationslüsternen, rein erfundenen Berichte«[38] von vielen Transplantationsärzten für die sinkende Spendebereitschaft mitverantwortlich gemacht. Die Transplantationsmedizin befand sich in einem »dauernden gesellschaftlichen und ethischen Spannungsfeld, das immer wieder zu Kontroversen und regen Diskussionen führt« – wie es ein Arzt 1997 formulierte.[39] Innerhalb dieses Spannungsfeldes versuchten ihre Vertreter mittels Öffentlichkeitsarbeit zu

intervenieren. Die Schwerpunkte und Ausrichtungen der Aufklärungskampagnen müssen also stets auch vor dem Hintergrund der öffentlich-medialen Debatte analysiert werden. Dass die Öffentlichkeitsarbeit der Transplantationsmedizin oft explizit auf diese Debatte reagierte, zeigt sich deutlich beim Thema des Organhandels (vgl. Kapitel 5).

»Aufklärung«

Die zweite Differenzierung zielt auf den Begriff der Aufklärung. Unter Aufklärung verstanden die Ärzte – wie wir bereits im dritten Kapitel gesehen haben – die Vermittlung von medizinisch-wissenschaftlichem Wissen an Laien. Dieses Wissen, so die Überzeugung, könne alleine Anspruch auf Objektivität erheben. Dementsprechend begründete der Swisstransplant-Präsident den Nationalen Aktionstag von 1994 wie folgt: Man wolle »die Bürger informieren, damit sie hinsichtlich einer Organspende objektiv und in Kenntnis der Sachlage entscheiden können.«[40] Und der Präsident des Exekutivkomitees von Swisstransplant betonte bei gleicher Gelegenheit in einem Interview, das Ziel dieses Tages sei es, zu informieren, nicht zu überzeugen. »Um zu wählen, muss man wissen.« Daraufhin, so der Transplantationschirurg, sei jeder frei, nein zu sagen.[41]

Ärzte in der SAMW-Kommission von 1969 bis 1973 hatten davon gesprochen, die Laien zu »erziehen«[42] und ihnen zu »suggerieren«,[43] sich zur Organspende bereitzuerklären. Eine solche Rhetorik der Bevormundung oder Beeinflussung war offenbar in den 1990er Jahren zumindest gegenüber der Öffentlichkeit nicht mehr opportun. Nun lag der Akzent auf der Vermittlung von Information und Wissen. Sobald man informiert sei und wisse, so wurde hervorgehoben, dürfe man sich auch gegen eine Spende entscheiden.

Dies kann als Ausdruck einer Entwicklung gesehen werden, die wir bereits im Bereich der Praxis der Organspende beobachten konnten: Eine Verschiebung weg von offenem Zwang und Druck hin zur Betonung von Eigenverantwortung und Selbstbestimmung. »Unser Ziel ist«, so erklärte Swisstransplant in der Medienmitteilung zum nationalen Aktionstag von 1995, »dass sich möglichst viele Leute über die Organspende informieren, sich darüber Gedanken machen, darüber diskutieren, sich dafür oder dagegen entscheiden. Und den Entscheid ihren Angehörigen mitteilen und/oder eine Spendekarte ausfüllen.«[44]

Vollumfänglich setzte sich diese Ausrichtung der Kampagnen dann mit dem Inkrafttreten des nationalen Transplantationsgesetzes 2007 durch. Das Gesetz war explizit kein »Spendeförderungsgesetz«, sondern gab Bund und Kantonen nur den Auftrag, »regelmässig über die Belange der Transplantation« zu informieren.[45] Dementsprechend wollte der Bund mit seiner breiten Informationskampagne »umfassend« und »neutral« informieren. Jede Person,

so unterstrich das Bundesamt für Gesundheit, sei frei in der Entscheidung, ob sie spenden wolle. Die Botschaft an die Bevölkerung sei klar: »Informieren Sie sich, bilden Sie sich eine Meinung bezüglich Spende von Organen, Geweben und Zellen und äussern Sie Ihren Willen – insbesondere gegenüber Ihren Angehörigen.«[46]

Kontraproduktive Kampagnen?

Handelte es sich bei den Kampagnen der Transplantationsmedizin also nicht um eigentliche Werbung für die Organspende, sondern nur um neutrale und sachliche Wissensvermittlung? Wurde der große Aufwand betrieben, nicht um zu überzeugen oder zu beeinflussen, sondern bloß, »um unseren Mitbürgern bei der Meinungsbildung bezüglich Organspende und -verpflanzung behilflich zu sein«?[47] Eines ist klar: Das erklärte Ziel der Kampagnen bestand darin, so zeigen alle Swisstransplant-internen Dokumente deutlich, die Bereitschaft zur Organspende zu fördern und damit die Anzahl der Organspenden zu erhöhen. Die Rhetorik der Entscheidungsfreiheit zeugt nicht von Gleichgültigkeit gegenüber dem Ergebnis der Entscheidung, sondern vielmehr von einer veränderten Strategie, wie eine positive Entscheidung für die Spende bewirkt werden kann. Doch was war der Grund für diese Strategieänderung?

Bereits früh wurden in den Reihen der Transplantationsmedizin Vorbehalte gegen die Kampagnen geäußert: In einem Lagebericht warnte der STAN-Präsident 1987, dass die geplante aktive Öffentlichkeitsarbeit nicht ungefährlich sei. Durch ungeschickte Formulierungen bei Werbeaktionen könne sie kontraproduktiv werden, zum Beispiel Patientenschutzgruppen aktivieren oder das medizinische Personal verstimmen und zu Opposition reizen.[48] Auch im Jahresbericht des Universitätsspitals Basel vom Folgejahr wurden die Kampagnen in Anbetracht der häufigeren Verweigerungen von Organentnahmen in Frage gestellt: »Würde es wohl reine Spekulation bedeuten, der Öffentlichkeitsarbeit in dieser Frage durch Swisstransplant in den Medien [...] eine unbeabsichtigte negative Wirkung anzulasten?«[49]

Die Vermutung liegt nahe, dass Swisstransplant aus Angst vor einer kontraproduktiven Wirkung der Kampagne zunehmend darauf achtete, niemanden mit einem aggressiven Werbe-Stil zu verstimmen. In den 1990er Jahren wurde zuweilen explizit ein Unbehagen über den moralisch verpflichtenden Ton der Kampagnen laut: Mit Argumenten, die Schuldgefühle weckten, sei es nicht getan, mahnte etwa ein Ethiker 1993 an der Schweizerischen Tagung der Transplantation. Moralischer Druck und Verpflichtung hätten keinen Platz.[50] Auch ein Kommentar im *St. Galler Tagblatt* zum »Nationalen Tag der Transplantation und Organspende« von 1995 kritisierte zwar nicht die Information an sich, aber die Beschwörung einer moralischen Pflicht zur Organspende: »Fragwürdig wird erst der Übergang von Information zum emotionalen Ap-

pell – nach dem Motto: Organeigentum verpflichtet!«[51] In einem Leserbrief verwahrte sich ein St. Galler Chefarzt gegen diesen »Vorwurf«: Erklärtes Ziel der Swisstransplant-Aktion sei es gewesen, ohne Emotionen zu informieren und aufzuklären, damit sich die Mitmenschen gegen oder für eine allfällige Organentnahme entscheiden könnten. Er bedankte sich bei den Medien für die »objektive Weitergabe« dieser Informationen.[52] Die Beteuerungen, dass niemand zur Spende überredet oder gedrängt werden solle, stellten also auch eine Reaktion auf kritische Kommentare in der Öffentlichkeit dar, und sollten einem drohenden Vertrauensverlust vorbeugen.

Ambivalente Selbstbestimmung

Die in den Kampagnen der 1990er Jahre wirksame Strategie, welche die auf objektiver Information basierende Wahlfreiheit hervorhob, entsprach einer Anpassung an den Grundsatz der Selbstbestimmung, der gegen Ende des 20. Jahrhunderts zur ethischen Leitidee der Biomedizin avancierte und seinen praktischen Ausdruck wie weiter oben erwähnt im Prinzip der »informierten Einwilligung« (»informed consent«) fand.[53] In der sozialwissenschaftlichen Forschung wird auf die Ambivalenz dieser neuen bioethischen Leitidee hingewiesen. Einerseits wird ihr ein Potential für einen Zugewinn an individueller Gestaltungsmöglichkeiten und Partizipation zugestanden. Andererseits bestehe die Gefahr, dass die Rhetorik der Selbstbestimmung zur Legitimation der Verbreitung normativer Wertvorstellungen und dem Verfolgen partikularer Ziele instrumentalisiert werde.[54]

Dies trifft für die Öffentlichkeitsarbeit der Transplantationsmedizin zu. Die Beschwörung der neutralen und sachlichen Information verdeckte die Tatsache, dass die Kampagnen – wie wir noch genauer sehen werden – stark moralisch, emotional und normativ aufgeladen waren. In internen Strategiepapieren wird diese *hidden agenda* auch offengelegt: Neben »sachlicher Information« ist hier die Rede von »eindringlichem Appell«, von »motivieren«, »beeinflussen«, »überzeugen«, »propagieren« und »ermuntern«.[55] Auch beschränkten sich die Kampagnen-Verantwortlichen nicht auf eine emotionslose, rein sachliche Informationsvermittlung: Der Vorschlag, transplantierte Kinder an der jährlichen Pressekonferenz von 1995 auftreten zu lassen, wurde damit begründet, dass die »emotionale Seite« ihrer Präsenz diese »eher rationelle [sic!]« Veranstaltung stark bereichere.[56]

Doch wenn man von dieser Instrumentalisierung absieht und die Beteuerung der Selbstbestimmung ernst nimmt: Wie funktionierte dann die Strategie der Kampagnen hinsichtlich des formulierten Ziels, die Organspende-Bereitschaft zu fördern? Die Kampagnen luden dazu ein, als Subjekt in den Diskurs der Organspende einzutreten. Sie richtet sich gegen die Verdrängung und Tabuisierung des Themas, die, wie oben gezeigt, als wichtige Hemmnisse der

Spendebereitschaft galten. Gleichzeitig zielten sie auf eine Engführung dieses Diskurses ab: Die Informationskampagnen offerierten den vorher Schweigsamen bestimmte Rederegeln, nach denen sie die Frage nach der Organspende formulieren und diskutieren können. Diese Regeln implizierten wissenschaftliche Argumente und moralische Annahmen, die eine Entscheidung für die Organspende nahe legten.

Der Eintritt in den Diskurs der Organspende wies den Individuen eine Sprecherposition innerhalb einer bestimmten symbolischen Ordnung zu, der sie sich damit gleichzeitig unterwarfen. Die freie Entscheidung ist also insofern nie frei, als dass sie stets unter diskursiv und normativ vorgeprägten Rahmenbedingungen erfolgt. Das »Selbst« biopolitischer Selbstbestimmung, so Peter Wehling, konstituiere sich erst in Reaktion auf gesellschaftliche Erwartungen und diskursive Aufforderungen (oder Anrufungen) als verantwortliches Entscheidungssubjekt.[57] Die Öffentlichkeitsarbeit der Transplantationsmedizin funktionierte als Anrufung: Sie rief Individuen an, um sie als freie, aber auch verantwortliche und moralische Subjekte zu konstituieren.[58] Die Strategie der Organspende-Kampagnen beruht auf einem paradoxen Effekt dieser Anrufung: Das angerufene Subjekt entscheidet zwar frei, ist aber gleichzeitig dazu angehalten, dies moralisch verantwortlich zu tun.

Dieses Paradox lässt sich indessen nicht einfach auflösen: Die Freiheit des Individuums, die durch die Anrufung erst konstituiert wird, ist nicht einfach eine listige Täuschung – gleichsam das Feigenblatt einer diskursiven Unterwerfung –, sondern bildet die konstitutive Bedingung für seinen Eintritt in den Diskurs der Organspende. Die Strategien der Kampagnen entsprechen in dieser Hinsicht der liberalen Machtform, die Michel Foucault im Rahmen seiner Studien zur Gouvernementalität beschrieben hat. Diese Machtform setzt nicht die disziplinäre Anpassung und Unterwerfung der Individuen voraus, sondern deren Freiheit und Fähigkeit zur moralischen Selbststeuerung. Die Freiheit ist ein Effekt der liberalen Macht – gleichzeitig aber auch eine unhintergehbare Schranke für diese Macht.[59]

Diese Überlegungen verweisen auf die Ambivalenz der Organspende-Kampagnen: Indem die Transplantationsmediziner einer paternalistischen Haltung abschworen und die Wahlfreiheit der Individuen betonten, nahmen sie in Kauf, dass die Individuen auch tatsächlich davon Gebrauch machten. Oder anders formuliert: Die Kampagnen wiesen den Laien eine Sprecherposition zu, die es ihnen ermöglichte, den in den Kampagnen transportierten Diskurs der Organspende unter Umständen auch zu unterlaufen.

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels werde ich mich der Ordnung dieses Diskurses, den von den Kampagnen transportierten Argumenten und Annahmen, zuwenden und seine Wirksamkeit überprüfen. Zunächst werde ich aber im anschließenden Teilkapitel auf die Verbündeten eingehen, mit denen die Transplantationsmedizin bei ihrer Aufklärungstätigkeit zusammenarbeitete.

4.2 Verbündete: Patientenorganisationen und Pharmakonzerne

Transplantierte – wie sich die Menschen, die ein Organ implantiert bekommen haben, nannten und genannt wurden – waren ein wichtiger Bestandteil der Öffentlichkeitsarbeit. Sie beherrschten die Bilder und Texte der Kampagnen, traten aber zunehmend auch »live« an Veranstaltungen auf. Am »Nationalen Tag der Transplantation und Organspende« 1994 etwa setzten mehrere Hundert Transplantierte ein überdimensionales Puzzle zusammen. Man wolle damit zeigen, so der Präsident des Exekutivkomitees von Swisstransplant, dass diese Personen weder Behinderte noch Monster seien, sondern ein normales Leben führten.[60] Das Strategiepapier für die Swisstransplant-Kampagne von 1994/95 nannte die Transplantierten als wichtiges Mittel der Öffentlichkeitsarbeit: Sie seien als »lebende Repräsentation des Erfolgs, der Notwendigkeit und des Nutzens dieser modernen Technik« oft bereit, bei der Förderung der Organspende mitzuwirken.[61]

Die Erfahrung habe gezeigt, so heißt es in einem internen Kommentar zur Swisstransplant-Pressekonferenz von 1996, dass die Teilnahme von selbst betroffenen Personen für höhere Medienwirksamkeit sorge.[62] Es wurde deshalb auch aktiv versucht, Kontakte zwischen Medienvertretern und Transplantierten herzustellen.[63] Wo die Transplantierten nicht selber auftraten, sprachen die Ärzte oft in ihrem Namen oder im Namen der Patienten, die auf ein Organ warteten. Mit Hinweis auf ihre Leiden und Bedürfnisse begründeten die Ärzte ihr Engagement für die Organspende. Weil die Patienten große Hemmungen hätten, ihre Hoffnungen oder gar Forderungen zu artikulieren, so erklärte etwa der bekannte deutsche Transplantationschirurg Rudolf Pichlmayr, liege es an den Ärzten, dies für die Patienten zu tun.[64]

Patientenorganisationen

Die aktuellen und ehemaligen Patienten erscheinen hier als Objekte, die in der Öffentlichkeitsarbeit der Transplantationsmedizin strategisch eingesetzt werden. Die Legitimation der Organspende durch Ärzte im Namen der Patienten zeugt von einem paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnis, in dem sich der Arzt als Vertreter des als unmündig vorgestellten Patienten begreift. Es war aber nicht so, dass die Patienten für die Förderung der Organspende nur instrumentalisiert wurden. Sie engagierten sich auch freiwillig und teilweise auch völlig unabhängig von den Ärzten. So gründeten Herzempfänger aus der französischen Schweiz 1986 den Verein Les As de Coeur, der sich für die Unterstützung von Transplantierten und für Förderung der Organspende einsetzte. 1989 entstand zusätzlich eine Stiftung namens »Les As de Coeur – Fondation suisse pour le don d'organes«. Während sich der Verein anfänglich

vor allem auf die Herztransplantation konzentrierte, verstand sich die Stiftung als Vertretung aller Transplantierten.[65]

Der Verein lancierte 1987 fast gleichzeitig mit der Stiftung Swisstransplant – und zu deren Missfallen – einen eigenen Spenderausweis.[66] Die Beziehung zwischen den beiden Organisationen war vorerst von Konflikten geprägt. So zeigte sich die Swisstransplant-Führung verärgert über die mangelnde Kooperationsbereitschaft von Les As de Coeur. »Swisstransplant und Lions sollen finanzieren, As de Coeur will nur profitieren«, bemerkte ein Stiftungsrats-Mitglied anlässlich der Planung eines gemeinsamen Spenderausweises.[67] Erst nach mehrjährigen Verhandlungen kam ein gemeinsamer Ausweis zu Stande; dabei zeigte sich, dass Les As de Coeur selbstbewusst eine eigenständige Position behauptete und sich als ebenbürtiger Partner betrachtete.[68] Zu einer engeren Zusammenarbeit kam es erst ab 1990. Der Präsident der Les As de Coeur-Stiftung wurde Mitglied im Swisstransplant-Stiftungsrat, welcher wiederum mit einem Mitglied im Stiftungsrat von Les As de Coeur vertreten war.[69] Ab 1993 koordinierte ein »Aktions- und Koordinationskomitee Swiss-Transplant« (AKKS) die von Swisstransplant, Les As de Coeur und anderen Patientenvereinigungen gemeinsam durchgeführten Informationsanlässe wie den erwähnten »Nationalen Tag der Transplantation und Organspende«.[70] Von nun an arbeiteten Patientenorganisationen und Ärzte bei der Propagierung der Organspende oft Hand in Hand zusammen.

Von der Kooperation mit Les As de Coeur erhofften sich Mitglieder des Swisstransplant-Stiftungsrates für beide Teile vorteilhafte Auswirkungen nicht zuletzt finanzieller Art. Les As de Coeur, so ein Angehöriger des Stiftungsrats, sei sehr dynamisch, wenn es um die Beschaffung von Geldern gehe. Die Organisation genieße die Unterstützung der Banken, Versicherungen und der pharmazeutischen Industrie.[71] Sie sei zudem in der französischen Schweiz viel stärker vertreten als Swisstransplant.[72] Neben der Distribution von Aufklärungsmaterial und Spenderausweisen organisierte die Patientenorganisation auch medienwirksame Anlässe wie etwa Sportfeste für Transplantierte.[73] Später veranstaltete sie jährlich Symposien für Transplantierte. Darüber hinaus initiierte sie die Zeitschrift *Re-naissance*, die ab 1991 regelmäßig erschien. Diese richtete sich an Transplantierte und Transplantationskandidaten, aber auch an alle potentiellen Organspender, und wollte »die Organspende als Ausdruck von menschlicher Solidarität und Altruismus stärker ins Bewusstsein rufen«.[74] Der Trägerverein der Zeitschrift organisierte 1993 die Schweizerische Tagung der Transplantation, um den Austausch zwischen Forschern, Klinikern und Patienten zu fördern.[75]

Neben Les As de Coeur bildeten sich bald weitere Transplantierten-Organisationen: Papillon, der Verein für Nierentransplantierte, schloss sich sehr bald As de Coeur an.[76] Zwischen 1992 und 1995 entstanden Trans-Hepar, die Schweizerische Vereinigung der Lebertransplantierten (die 2005 mit Les As de

Coeur zum Schweizerischen Transplantierten Verein fusionierte), der Transplantierten Sportverein Schweiz sowie die Schweizerische Vereinigung der Knochenmarktransplantierten. Diese Gruppierungen verstanden sich einerseits als Selbsthilfeorganisationen von Transplantierten.[77] Andererseits stellten sie sich in den Dienst von zukünftigen Organempfängern, indem sie sich gegen den Organmangel und für die Organspende einsetzten. Sie betrieben eine aktive internationale Vernetzung und unterhielten Kontakte zu anderen europäischen und außereuropäischen Zusammenschlüssen von Organempfängern.

Neben den Transplantierten-Verbänden setzten sich auch andere Patientenorganisationen explizit für die Förderung der Organspende ein: Der Verein der Nierenpatienten der Schweiz, der Verein der Eltern von nierenkranken Kindern, die Elternvereinigung lebererkrankter Kinder, die Elternvereinigung für das herzkranke Kind oder Kids Kidney Care (seit 1998). Es handelt sich dabei um Lobby-Gruppierungen von Kranken, Angehörigen und Sympathisanten, die den Betroffenen den Zugang zur gewünschten medizinischen Therapie ermöglich wollen. Einen Überblick über die Tätigkeiten von solchen Patientengruppen gibt der Jahresbericht der Organisation Kids Kidney Care von 1998:

»Die Präsidentin machte einen Besuch bei Prof. Philippe Morel, Präsident der Swiss Transplant. Ebenfalls entstand eine intensive Korrespondenz mit Dr. Daniel Vasella, Novartis. Im weiteren bauten wir Kontakte auf zu Herrn Leuenberger von Renaissance, sowie Phoenix, und schlugen gemeinsame Aktionen vor. Wir begannen auch Kontakt mit Gruppen aufzunehmen, deren Konzept der Transplantation gegenüber eher unfreundlich gesinnt war. Wir antworteten auf negative Presse-Berichte, um damit einen Ausgleich in der Meinungsbildung der Leser zu schaffen, und bearbeiteten kontinuierlich die Medien.«[78]

Einerseits trieb die Organisation die Vernetzung mit gleichgesinnten Akteuren voran, wobei die Kooperation von Patientenzusammenschlüssen, Transplantierten-Vereinigungen, Ärzten und der Pharmaindustrie deutlich wird. Andererseits umfasste ihr Engagement eine Lobbying- und Pressearbeit, die darauf abzielte, unliebsame Deutungen der Organspende gezielt und kontinuierlich in Frage zu stellen und mit positiven Deutungen zu ersetzen.

Biologische Bürgerschaft

Die Bedeutung von Patientenzusammenschlüssen, Selbsthilfegruppen und Angehörigenvereinigungen hat im Bereich der biomedizinischen Forschung und Praxis gegen Ende des 20. Jahrhunderts zugenommen.[79] Dieses Phänomen wird in der kulturwissenschaftlichen Forschung oft unter dem Begriff der »biologischen Bürgerschaft« diskutiert. Der Begriff beruht auf der Vorstel-

lung eines systematischen Zusammenhangs zwischen biomedizinischer Wissensproduktion, biomedizinischen Selbstverhältnissen und politischen Artikulationsformen. Er bezeichnet neue Formen von Vergemeinschaftung und kollektiver Identität sowie von politischem und sozialem Aktivismus, die auf spezifischen biologischen Merkmalen beruhen. Ausgehend von biologischen Besonderheiten – Krankheiten, genetischen Veranlagungen oder körperlichen Behinderungen – werden Ansprüche auf medizinische und politische Mitbestimmung und Rechte sowie auf den Zugang zur Nutzung medizinischer Technologie und medizinischen Wissens artikuliert; es wird Lobby- und Informationsarbeit betrieben, um die Öffentlichkeit und politische Entscheidungsträger für die eigenen Anliegen zu sensibilisieren.[80]

Es ist meines Erachtens hilfreich, auch das Engagement der erwähnten Patientenorganisationen ab Ende der 1980er Jahre gegen den Organmangel und für die Organspende als Ausdruck von »biologischer Bürgerschaft« zu analysieren. Lobby-Gruppen wie der Verein der Nierenpatienten kämpften ausgehend von biologischen Merkmalen, nämlich der Krankheit eines bestimmten Organs, für den Zugang zu medizinischen Ressourcen – den Organen. Auch die Transplantierten-Vereine gründeten ihren Aktivismus auf einer gemeinsamen biologischen Besonderheit: dem biomedizinischen Eingriff, den sie alle erfahren hatten. Es ist bezeichnend, dass die Zusammenschlüsse zunächst nach den spezifischen Organen erfolgten: Dass Herz- und Lebertransplantierte ihre exklusiven Organisationen gründeten, weist auf die identitätsstiftende Bedeutung dieser Organe hin. Die komplexen Identitätsfindungsprozesse von Organempfängern, so zeigen verschiedene Studien, kreisen um die erfolgreiche Integration des neuen und fremden Organs in das eigene Körperverständnis.[81] Organempfänger entwickeln also eine – zumindest mitunter – biologisch fundierte Identität, eine, in den Worten von Nikolas Rose, »somatische« Individualität.[82] Diese erfuhr im Zuge der Aktivität in Transplantierten-Zusammenschlüssen eine besondere Ausformung, wobei die Identifizierung als Empfänger eines bestimmten Organs auf die abstraktere Identifizierung mit dem Prinzip der Organspende ausgedehnt wurde.

Ursprung und treibende Kraft der Stiftung Les As de Coeur, so schrieb ihr Präsident, seien Gefühle, welche nur Organtransplantierte empfinden könnten. Nur sie wüssten um die Bedeutung der lebensrettenden Spende.[83] Zentral für das Selbstverständnis der Transplantierten ist die Dankbarkeit für das erhaltene Organ. Der erlebte Eingriff bringt eine Verantwortung für zukünftige Organempfänger mit sich. »Ich habe so viel empfangen dürfen, erzählte ein Organempfänger der Zeitung *Der Bund*, »dass ich jetzt eigentlich nur noch schenken möchte. Deshalb will ich aktiv meinen Teil dazu beitragen, dass in der Schweiz die Spenderbereitschaft steigt.«[84]

Der »gute Transplantierte«

Dieses Selbstverständnis wird in zwei Quellenstellen von 2003 besonders deutlich: Der Präsident von Trans-Hepar ermahnte in der Zeitschrift *News,* die ab 1998 von Les As de Coeur herausgegeben wurde, die Vereinsmitglieder zu vermehrter freiwilliger Mitarbeit mit folgenden Worten: »Zudem haben viele von uns durch das Geschenk eines neuen Organs wieder zu stark verbesserter Lebensqualität und Lebensfreude gefunden, was wenigstens indirekt zu etwas zusätzlicher Einsatzfreude im Bereich freiwilliges Engagement führen sollte – würde man meinen!«[85] Dass es Vorstellungen davon gab, wie sich ein »richtiger« Transplantierter zu verhalten hat, belegt auch das Editorial derselben Ausgabe. Der Autor widmet sich im Rückblick auf die Generalversammlung des Vereins der Frage »Was macht den guten Transplantierten aus?«:

> »Einmal mehr wurde diese Frage auf eindrückliche Weise beantwortet. All die Transplantierten, die da sein wollten bei der Nachfolgeregelung vom leider verhinderten Fredy Klopfenstein haben es gezeigt. Die nächsten mit dem Rad aus der Nachbarschaft die entferntesten in mehrstündigen Anfahrten aus beinahe allen Gegenden des Inlandes und den Unentwegten aus dem französischen St. Julien und dem deutschen Häusern. Schon bei der Begrüssung, mit der obligaten Frage nach dem Befinden zeigt sich Unbeugsamkeit, die Beantwortung ist stets die selbe: Mir geht's gut. Erst im Gespräch, er stützt sich dabei, neben dem Rollstuhl stehend (den die umsorgte Frau leer auf den Platz gerollt hat) äussert er sich über Beschwerden. Natürlich gibt es sie auch, jene die weit im zweiten Jahrzehnt seit ihrer Transplantation immer noch leben und einen fast unverschämt gesunden Eindruck hinterlassen.«[86]

Ein guter Transplantierter setzt sich also ein für seine Organisation, auch wenn er dafür viel Zeit und Mühen aufbringen muss. Zudem ist er stets tapfer und klagt trotz Beschwerden nicht, sondern bleibt zufrieden und optimistisch – »unbeugsam«. Es ist gleichsam ein Imperativ zur Gesundheit und zum Überleben, der in diesen Zeilen aufscheint.

Der Empfänger eines Organs, so zeigen die obigen Schilderungen, transformierte sich zu einem speziellen Individuum: Er wurde zum engagierten, dankbaren und stolzen »Transplantierten«. Er nahm eine neue individualisierende wie kollektivierende Identität an, die im Vereinsleben oder den nationalen und internationalen Transplantierten-Sportanlässen geformt und gestärkt wurde. In ihrem Zentrum stand die Identifikation mit einer biomedizinischen Technologie, die – so die gängige Deutung – neues Leben ermögliche.

Wie bei anderen, zeitgleich agierenden Patientengruppen war auch das Engagement der Organisationen, die sich um die Förderung der Organspende bemühten, Ausdruck einer wachsenden Bedeutung einer »somatischen Ethik« – einer Sorge und Verantwortung für die eigene Gesundheit und den eigenen

Körper, der zunehmend als korrigierbar und optimierbar erschien.[87] Das Besondere dieses Engagements für die Transplantation lag nun aber darin, dass die Verantwortung für den eigenen Körper an den Zugriff auf andere Körper geknüpft ist: Der Anspruch auf die bestmögliche Therapie bedingt nicht nur Forderungen an staatliche Behörden, Mediziner oder Pharmaunternehmen; vor allem richtet er sich auf alle Mitmenschen, denen als potentielle Organspender eine Verantwortung für das Schicksal ihrer Organe übertragen wird. Damit kollidiert er mit dem Recht anderer Individuen auf körperliche Eigenverantwortung.

Das rief in den 1990er Jahren Patienten-Vertreter auf den Plan, die der Forderung nach mehr Organspenden kritisch gegenüberstanden. Die Schweizerische Patienten-Organisation, 1981 zur Unterstützung und Beratung von Patienten gegründet, setzte sich für die Selbstbestimmung von Hirntoten und ihrer Angehörigen bei der Organspende ein.[88] Auch die Juristin und SP-Nationalrätin Margrith von Felten oder später die Grüne Nationalrätin Ruth Gonseth, Präsidentin der Arbeitsgruppe Gentechnologie, reklamierten das Selbstbestimmungsrecht der Sterbenden und kritisierten den moralischen Druck zur Spende. Beide betonten, dass sich die Interessen der beiden Patientengruppen, der Spender und der Empfänger, widersprächen.[89]

Mitbestimmung oder Instrumentalisierung?

Das Phänomen der biologischen Bürgerschaft kann als Ausweitung der demokratischen Mitbestimmung gedeutet werden. Die Patientenzusammenschlüsse und Selbsthilfegruppen erscheinen in dieser Sichtweise als »demokratische Avantgarde«, in deren Rahmen sich Laien durch ihre Einflussname auf die Gestaltung der biomedizinischen Forschung und Praxis von ihrer passiven Rolle emanzipieren und die Autorität der medizinischen Experten – der Ärzte und der Pharmakonzerne – erfolgreich in Frage stellen.[90] Andererseits weisen Forscher, aber auch Aktivisten selbst, auf die Gefahr hin, dass sich Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen für kommerzielle oder wissenschaftliche Interessen instrumentalisieren lassen. Der chronische Geldmangel und das Streben nach gesellschaftlicher Anerkennung würden diese Gruppierungen anfällig machen für eine Beeinflussung durch Karriereinteressen der Forschenden oder Profitmotive der pharmazeutischen Industrie.[91]

Dies trifft auch auf die Zusammenschlüsse zu, die sich für die Organspende engagierten. Um ihre Arbeit wahrzunehmen, waren sie auf finanzielle Unterstützung von Spendern und Sponsoren angewiesen. Praktisch alle der oben aufgezählten Patienten-Organisationen wurden regelmäßig oder projektbezogen von Pharmakonzernen und anderen Unternehmen gesponsert. Trotzdem blieben ihre Mittel oft knapp, wovon Aufrufe zum Spenden in den Zeitschriften *Re-naissance* (»Ohne Geld keine Information«) und später *News* zeugen.[92]

Wichtigster Geldgeber war das Schweizer Pharmaunternehmen Sandoz. Es beteiligte sich maßgebend an der Finanzierung von Informationsbroschüren von Les As de Coeur sowie an von Les As de Coeur oder der Vereinigung »Renaissance« organisierten Anlässen wie Sportfesten oder Tagungen.[93]

Auch die Herausgabe der Zeitschrift *Re-naissance* ab 1991 wurde durch seine Unterstützung ermöglicht.[94] 1995 wurde die Zeitschrift reorganisiert und neu lanciert – nach einer kurzen Ruhepause und finanziellen Problemen. Der Hauptsponsor, so hieß es im Editorial, habe sich gezwungen gesehen, seine Beitragsleistung einzuschränken. Nun wolle das Blatt »unter Wahrung seiner vollen Unabhängigkeit« weiter seine Ziele verfolgen.[95] An einer Sitzung des Swisstransplant-Stiftungsrates wurde die Reorganisation wie folgt umschrieben: Die Herausgabe der Zeitschrift sei zwischenzeitlich eingestellt worden, weil Sandoz »beschlossen habe, sie zu verändern, um mit einem neu gestalteten Redaktionskomitee weiterzufahren«. Die neue Zeitschrift werde von Sandoz mitfinanziert; andere Sponsoren würden gesucht. Sandoz habe Swisstransplant angefragt, ob und in welcher Form die Stiftung sich an der Zeitschrift beteiligen wolle.[96] *Re-naissance* war aus der Stiftung Les As de Coeur hervorgegangen und verstand sich als Publikationsorgan von Patientenorganisationen, denen sie auch eine Plattform bot.[97] Die Ausführungen an der Swisstransplant-Sitzung weisen aber darauf hin, dass die Entscheidungsmacht über die Zeitschrift letztlich bei demjenigen Akteur lag, der bezahlte: bei Sandoz.

Sandoz

Sandoz unterstützte nicht nur die Aktivitäten der Patientengruppen, sondern war fast überall beteiligt, wo für die Organspende geworben wurde. So war auch die Öffentlichkeitsarbeit der Transplantationsmedizin zu Beginn größtenteils vom Pharmaunternehmen (mit-)finanziert. In der ersten Swisstransplant-Kampagne ab 1987 fungierte es als Hauptsponsor.[98] Sandoz unterstützte auch die Symposien zur Organspende von 1992 und den »Nationalen Tag der Transplantation und Organspende« 1994.[99] Da der Konzern stark in die Organisation der Anlässe eingebunden war, war er konsequenterweise im 1993 gegründeten »Aktions- und Koordinationskomitee SwissTransplant« (AKKS) vertreten, das die von Swisstransplant, Les As de Coeur und anderen Patientenvereinigungen gemeinsam durchgeführten Informationsveranstaltungen koordinierte.[100] Auch bei den EDHEP-Kursen zur Schulung und Sensibilisierung des medizinischen Personals fungierte Sandoz wie erwähnt als Sponsor.[101]

Eine enge Zusammenarbeit mit Swisstransplant bestand schon seit der Gründung der Stiftung. Von Anfang an saß, wie bereits oben vermerkt, im Swisstransplant-Stiftungsrat ein Vertreter von Sandoz. Ab 1993 gehörte Eric Wiskott dem Stiftungsrat an. Er war von 1995 bis 1998 Vizedirektor der Sandoz Pharma AG und Experte für den immunsuppressiven Wirkstoff Ciclosporin.

Im Stiftungsrat hatte er Einfluss auf die Entscheidungen von Swisstransplant und diente als Bindungsglied zwischen den beiden Partnern.[102]

Die Unterstützung für die Propagierung der Organspende durch Sandoz war nicht auf die Schweiz beschränkt, sondern konnte überall wirksam werden, wo die Organtransplantation zu einer etablierten Behandlungsmethode avancierte oder avancieren sollte. Die Investitionen des Unternehmens in die Förderung der Organspende mittels Öffentlichkeitsarbeit waren beträchtlich. Wie viel Geld es dafür – in der Schweiz und international – insgesamt aufwendete, ist nicht eruierbar.[103] Das große finanzielle Engagement wird verständlich angesichts der großen wirtschaftlichen Bedeutung, welche die Transplantationsmedizin für den Konzern in den 1980er und 1990er Jahren hatte. 1982 führte Sandoz das immunsuppressive Medikament Sandimmun zuerst in der Schweiz und danach in anderen Ländern ein. Das auf dem Wirkstoff Ciclosporin beruhende Präparat setze sich bald als Standardtherapeutikum der Transplantationsmedizin durch. 1986 war es in allen wichtigen Staaten erhältlich; der Jahresumsatz überschritt 1992 erstmals die Milliardengrenze. Nachdem das Patent von Sandimmun abgelaufen war, brachte Sandoz 1994 mit Neoreal eine ebenfalls auf Ciclosporin beruhende Weiterentwicklung auf den Markt.

Sandimmun war für Sandoz von eminenter Bedeutung: Das Medikament war der wichtigste Umsatzträger des Unternehmens. Es schuf die materielle Basis für die Expansion der Division Pharma ab Mitte der 1980er Jahre und ermöglichte dem Unternehmen anfangs der 1990er Jahre den Aufstieg unter die weltweiten Top Ten der Pharmakonzerne. Auch nach der Fusion von Sandoz mit Ciba-Geigy 1996 zur Novartis blieben Sandimmun und Neoreal die wichtigsten Produkte des neuen Großkonzerns.[104] 1999 brachten sie erstmals über zwei Milliarden Franken Umsatz ein. Dies, obwohl seit Mitte der 1990er Jahre auch andere Pharmaunternehmen konkurrenzfähige immunsuppressive Medikamente lancierten – etwa Roche mit CellCept.[105] Roche und später auch andere Pharmakonzerne wie das japanische Unternehmen Astellas taten sich seit Mitte der 1990er Jahre neben Sandoz/Novartis zunehmend als Sponsoren zur Förderung der Organspende hervor.[106]

Der Anreiz für die Pharmaunternehmen, sich für die Organspende einzusetzen, liegt auf der Hand: Jede Spende ermöglichte mehrere Transplantationen, und jeder Transplantierte musste bis an sein Lebensende immununterdrückende Medikamente zu sich nehmen. Diese kosteten beispielsweise 1994 rund 10.000 bis 12.000 Franken pro Patient und Jahr.[107]

Politische Ökonomie der Hoffnung

Sandoz und andere Pharmaunternehmen schalteten auch eigene Inserate und organisierten eigene Veranstaltungen, um die Transplantationsmedizin zu fördern.[108] Größtenteils blieben die Konzerne aber im Hintergrund und fi-

nanzierten Kampagnen und Aktionen von Patienten und Ärzten – ohne dabei immer prominent in Erscheinung zu treten. Dies geschah mitunter sehr bewusst: Dass Sandoz den »Nationalen Tag der Transplantation und Organspende« 1994 in Bern mitfinanzierte, war für die Öffentlichkeit nicht ersichtlich. An einer vorhergehenden Sitzung des Swisstransplant-Stiftungsrates hatte der Sandoz-Vertreter betont, dass die Pharmaindustrie nicht im Organisationskomitee erscheinen solle, »weil die Wirkung auf die Wahrnehmung der Öffentlichkeit negativ sein könnte«.[109] Es bestand also die Sorge, dass die Glaubwürdigkeit der Werbung für die Organspende beeinträchtigt wird, wenn sie nicht nur mit der Hilfe für kranke Menschen, sondern auch mit den Profitinteressen der Pharmaindustrie in Verbindung gebracht wird. Vor allem die Patienten, aber auch die Ärzte boten sich als glaubwürdigere Aushängeschilder der Informationskampagnen an.

Wurden sie von den Pharmaunternehmen also als Werbeträger für deren kommerzielle Zwecke instrumentalisiert? Die betroffenen Patienten und Ärzte selber nahmen dies nicht so wahr. Sie zeigten sich gegenüber den Pharmaunternehmen dankbar, dass sie durch ihre Forschung einen Fortschritt in der Transplantationsmedizin ermöglicht hatten und deren praktische Umsetzung unterstützten. Die immer wieder großzügigen Kostengutsprachen durch die beiden großen schweizerischen Pharmaunternehmen Roche und Novartis, so schrieben die Les As de Coeur-Verantwortlichen 2004 in ihrer Zeitschrift, seien die höchste Anerkennung für »unsere ehrenamtliche Tätigkeit«.[110]

Die Zusammenarbeit von Swisstransplant, den Patientengruppen und der Pharmaindustrie bei der Öffentlichkeitsarbeit lässt sich als Kooperation beschreiben, bei der alle Gruppierungen eine bestimmte Funktion erfüllten, und so gegenseitig voneinander profitierten: Die Patientengruppen fungierten als engagierte Betroffene, die Ärzte als engagierte Experten und die Pharmaunternehmen als Geldgeber. Grundlage dieser Kooperation war eine Interessenäquivalenz: Alle drei Akteure waren aus unterschiedlichen Motiven daran interessiert, dass es mehr Organspender gibt.

Der gemeinsame Kampf um die Steigerung der Organspende kann im Anschluss an die Soziologen Nikolas Rose und Carlos Novas als Teil einer »politischen Ökonomie der Hoffnung« verstanden werden. In der zeitgenössischen Biomedizin, so die zugrunde liegende Annahme, würden Ängste vor Krankheit und Tod in ein »Ethos der Hoffnung« überführt, in die sehnsüchtige Erwartung, dass Krankheit und Tod mittels biomedizinischer Technologien überwunden werden können. Um eine Ökonomie im traditionellen Sinne handelt es sich dabei insofern, als dass die Hoffnung in die heilende biomedizinische Technologie auch die Investition in eben diese stimuliere. Dabei würden in dieser Ökonomie zusammenhängende Hoffnungen unterschiedlicher Art und von verschiedenen Akteuren miteinander verbunden. Nicht nur die Kranken

selber, sondern auch viele Experten und Institutionen seien in die Entstehung, Regulierung und Instrumentalisierung dieser Hoffnungen involviert.[111]

Auf unseren Gegenstand übertragen hieße dies: Das Engagement und die Investitionen zur Förderung der Organspende waren deshalb so umfassend, weil sie aus zusammenhängenden Hoffnungen unterschiedlicher Akteure gespeist wurden: der Hoffnung von Kranken und ihrer Vertreter auf eine Verbesserung oder Verlängerung des Lebens; der Hoffnung von Ärzten, ihren Patienten zu helfen und ihr Prestige zu mehren; sowie der Hoffnung der pharmazeutischen Industrie auf Profit.

4.3 Das Organ als Geschenk

Nachdem ich die Hintergründe und die Träger der Organspende-Kampagnen diskutiert habe, wende ich mich nun ihren Aussagen und Botschaften zu. Inhaltlich bestand die Öffentlichkeitsarbeit der Transplantationsmedizin und ihrer Verbündeten darin, die Organtransplantation als nützliche und sinnvolle medizinische Therapie und – daran anschließend – die Organspende als moralisch gute Tat darzustellen. Im Folgenden soll dieser moralische Diskurs von der guten Organspende analysiert werden: Wie wurden die Organentnahme und die Organspende als sinnvolle Handlungen konzipiert? Wie wurde das Aufschneiden des Körpers und die Entfernung eines Körperteils begründet – und wie die Bereitschaft, den eigenen Körper freiwillig der Medizin bzw. einem anderen Menschen abzutreten? Am Diskurs der guten Spende partizipierten nicht nur die Autoren der Öffentlichkeitsarbeit, sondern auch große Teile des medizinischen Milieus sowie der Massenmedien. Inwiefern sich dieser Diskurs der guten Organspende gesellschaftlich durchsetzte und gleichsam alles Sprechen über die Organbeschaffung in ihm aufging, werde ich weiter unten untersuchen.

Eine utopische Welt wiederhergestellter Körper

Betrachtet man die Werbebroschüren und Medienartikel zur Organspende, fällt zunächst auf, dass nicht etwa die Figur des Organspenders, sondern die Figur des Organempfängers im Vordergrund stand: Fotografien zeigen lachende, gesunde, energievolle, leistungsfähige Menschen beim Sport, beim Ausüben ihres Hobbys und bei der Arbeit.[112] Es sind Organempfänger, deren Leben durch eine Organtransplantation qualitativ verbessert oder gerettet wurde. Teilweise handelt es sich um Kinder oder um Eltern, die ihren Kindern dank einer Transplantation erhalten geblieben sind.[113] Mediale Berichterstattung nach dem Muster »Herr XY: Dank Transplantation ein neuer Mensch« – wie es ein Redaktor der in die erste Organspende-Kampagne involvierten PR-Agentur

formulierte – wurden von der Transplantationsmedizin und ihren Verbündeten explizit gefördert.[114] Im Vorfeld des »Nationalen Tages der Transplantation und Organspende« von 1995 schlug Swisstransplant den Pressevertretern vor, Reportagen über Patienten und Patientinnen zu publizieren und lieferte auch gleich die Schlagzeilen mit: »Madame X, transplantée rénale depuis 20 ans, assume une activité professionelle à 100 %« oder »X, 8 ans, transplantée hépatique, a retrouvé sa joie de vivre«.[115] Sehr viele Zeitungsartikel zum Thema Organtransplantation entsprachen denn auch diesem Schema.

Weshalb der Fokus auf Organempfänger? Zunächst waren die Empfänger medienwirksame Sujets, da sie die alte und beliebte Geschichte eines tragischen Schicksalsfalls mit Happy End verkörperten. Konkreter demonstrierten sie den Erfolg einer medizinischen Technik, der lange der Ruf eines risikoreichen medizinischen Experiments am Menschen angehangen hatte.[116] Sie fungierten gleichsam als Leistungsausweis einer Spitzenmedizin, die Wunder vollbringt, Körper heilt und Leben rettet. Die Werbung für die Organspende erschuf, so der Historiker Valentin Groebner, eine »utopische Welt wiederhergestellter Körper«, welche die Thematik der Organbeschaffung und des toten Spenders zum Verschwinden brachte.[117] Diese künstlichen Empfänger-Bilderwelten überdeckten die medizinischen, ökonomischen und sozialen Realitäten der Organtransplantation: aufgeschnittene Körper, Operationssäle, Medikamente, die Trauer um tote Angehörige, emotionale Konflikte, finanzielle und karrieristische Kalküle sowie die moralischen und rechtlichen Unsicherheiten.

»Geschenk des Lebens«

Gleichzeitig zeugten die glücklichen Empfänger vom Nutzen der Organspende. Nur dank einer Organspende, so die an die Empfänger-Portraits geknüpfte Botschaft, können diese Menschen wieder besser leben oder überhaupt weiter leben. Eine von Swisstransplant verbreitete und in vielen Zeitungen abgedruckte Fotografie zeigt die zehnjährige Maja, die, so erfährt der Leser, nur dank einer Lebertransplantation überlebte (vgl. Abb. 3). »Diese Karte hat mir das Leben gerettet«, sagt das Mädchen laut zugehöriger Bildlegende und präsentiert lachend einen Organspenderausweis. »Wenn dieser Vater, diese Mutter der Organentnahme nicht zugestimmt hätten, wäre ich heute nicht hier«, wird es im Begleittext von Swisstransplant weiter zitiert.[118]



Abbildung 3: Werbebild der Stiftung Swisstransplant (hier aus dem Aargauer Tagblatt vom 9.5.1995)

Der Akt des Abtretens des Organs wurde also – analog zum oben erwähnten »Trostprinzip« – hinsichtlich des (Über-)Lebens des Empfängers legitimiert. »Organe spenden – Leben schenken« lautete das Motto der ersten Swisstransplant-Kampagne.[119] Die Signifikanten »Geschenk« und »Leben« prägten auch die mediale Berichterstattung zur Organspende. Dies zeigt eine Auswahl von Titeln von Presseartikeln zwischen 1986 und 1999, welche einen oder beide Begriffe enthalten: »Organspenden retten Leben«;[120] »Mit einem ›fremden‹ Herzen in ein ›neues‹ Leben«;[121] »Organe spenden – Leben schenken«;[122] »Organe spenden – Leben schenken: ein Gewinn«;[123] »Mit Organen unseres toten Kindes können andere leben«;[124] »Das geschenkte zweite Leben«;[125] »Verpflanzte Organe können Leben retten«;[126] »Ein Leben weitergeben«;[127] »Neues Leben dank gespendeter Leber«;[128] »Mir wurde ein zweites Leben geschenkt«;[129] »Von einem Leben zum anderen«;[130] »Organe weiterschenken«;[131] »Neue Organe schenken neues Leben«;[132] »Geschenktes Herz«;[133] »Einer, dem das Herz geschenkt wurde«;[134] »Herz-Transplantationen: Geschenktes Leben«.[135] Der Diskurs der guten Spende konzipierte die Freigabe des Organs zur Explantation als »Geschenk des Lebens« – nicht nur in der Schweiz. Seit ihren Anfängen, so schrieben die US-amerikanischen Forscherinnen Renée C. Fox und Judith P. Swazey 1992, sei die Organtransplantation von Medizinern und der Gesellschaft als »Geschenk des Lebens« definiert worden.[136] Warum gerade diese Formel? Was machte sie so attraktiv?

»Geschenk« und »Spende« als »cultural suppressant«

Bevor ich genauer auf die Bedeutung des »Lebens« eingehe, wende ich mich dem Begriff des »Geschenks« sowie dem ihm ähnlichen Begriff der »Spende« zu. Auch wenn sich die zwei Begriffe, wie ich weiter unten ausführen werde,

in Nuancen unterscheiden, so drücken sie beide denselben Grundsatz aus: den freiwilligen, unentgeltlichen und altruistischen Charakter der Organentnahme. Deshalb verwende ich sie weitgehend synonym. Die Unentgeltlichkeit war laut der französischen Medizinhistorikerin Anne Marie Moulin neben der Anonymität eines der »sakrosankten Prinzipien« der internationalen Transplantationsmedizin.[137] In der Schweiz hielten alle SAMW-Richtlinien ab 1981 und alle rechtlichen Regelungen auf Bundesebene seit 1996 fest, dass ein Abtreten des Organs gratis, ohne Gegenleistung zu erfolgen hat.[138]

Im medizinischen wie öffentlich-medialen Sprachgebrauch etablierte sich von Beginn an die Bezeichnung »Spende«. Sie wurde auch auf die Entnahme gemäß der Widerspruchsregelung angewendet, bei der ein explizites Einverständnis vom Spender oder dessen Angehörigen nicht notwendig ist. Wie erwähnt, hinterfragten Kommentatoren den Begriff der Spende bereits anlässlich der ersten Schweizer Herztransplantation von 1969, da die Entnahme unfreiwillig und ohne Wissen des Spenders und dessen Familie erfolgte.[139] Auch Sozial- und Kulturwissenschaftler zweifelten grundsätzlich an, ob der Begriff der Spende – verstanden als Akt reflektierter und freiwilliger Entscheidung – für die postmortale Organentnahme angemessen sei. Selbst eine Entnahme bei vorliegendem Spenderausweis, so der Sprachwissenschaftler Horst G. Schlosser, entspräche nicht dem allgemein- und rechtssprachlichen Verständnis einer Spende.[140] Aus diesen Gründen erklärte 1997 die Jury, die in Deutschland seit 1991 jährlich das »Unwort des Jahres« wählt, den Begriff »Organspende« zu einem der drei »weiteren Unwörtern 1997«. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation und andere Organisationen protestierten gegen diese Wahl.[141] Trotz dieser semantischen Fragwürdigkeit setzte sich der Spende-Begriff durch.

Laut dem Anthropologen David Joralemon erfüllt die Ideologie des Geschenks die Funktion eines *cultural suppressant*. Analog zu den immunsuppressiven Medikamenten, welche die biologische Abstoßung des Organs unterdrücken, unterdrücke die Geschenk-Metapher die kulturelle Abstoßung – das kulturelle Unbehagen gegenüber der Organentnahme. Gemäß Joralemon hängt der Erfolg der Transplantationsmedizin davon ab, wie erfolgreich ihre sie unterstützende Ideologie traditionelle Körper-Konzepte zu unterdrücken vermag. Als weitere wirkmächtige Ideologie nennt er die Ideologie des Marktes und der Eigentumsrechte, die mit der Spende-Ideologie in Konkurrenz stehe. Sie konzipiere den Organbesitzer als autonomen und nutzenorientierten Verkäufer seiner Organe und die Organe als Handelsware.[142]

Die Organspende als Beziehungsstifter

Daran anschließend stellt sich die Frage, wie diese »kulturelle Unterdrückung« mittels der Geschenk-Ideologie funktionierte: Was machte die Rhetorik des

Geschenks und der Spende so verheißungsvoll? Warum betonten Transplantationsmediziner wie Martinoli immer wieder, dass »die Organspende freiwillig und ein Akt der Nächstenliebe« bleiben müsse?[143] Weshalb versicherte der Pharmakonzern Sandoz wiederholt, dass er alle Maßnahmen unterstütze, um »die uneigennützige Natur der Organspende« zu gewährleisten.[144] Und wieso bekräftigte der Chefredaktor der Zeitschrift *Re-naissance*, dass »die Organspende ein Akt des Altruismus ist und bleiben soll« oder dass er die Organspende »als Ausdruck von menschlicher Solidarität und Altruismus« stärker ins Bewusstsein rufen wolle?[145]

Der Präsident der Stiftung Les As de Coeur umschrieb die Bedeutung der Organspende wie folgt:

»Es handelt sich an erster Stelle und vor allem um eine Angelegenheit zwischen Spendern und Empfängern. Damit ist auch schon gesagt, dass dieses Problem jedermann betrifft oder einmal betreffen kann. Die Organspende ist eine wunderbare Geste, ein Vertrag auf Lebenszeit zwischen zwei menschlichen Wesen, die sich nie kennen werden und definitionsgemäss auch nie kennenlernen können. Dieser Vertrag steht für die schönste Liebesbezeugung, die ein Mensch erbringen kann: Leben zu schenken aus purer Nächstenliebe, ohne für diese Geste je irgendeine Gegenleistung – und sei es nur ein Dankeschön – zu erwarten, ohne je den Empfänger der Spende kennenlernen zu können.«[146]

Der Autor reduziert die Organspende ganz auf das Verhältnis von Spender und Empfänger. Dabei erweist sich seine Argumentation als ambivalent: Einerseits hebt er die tiefe Beziehung, den lebenslangen Vertrag zwischen den beiden hervor, der einer Liebesbezeugung entspreche. Die Herstellung einer solchen persönlichen Beziehung ist, wie der Autor andererseits bemerkt, realiter aber unmöglich: Im Unterschied zu einem Lebendspender kann der tote Spender den Empfänger unmöglich kennen lernen; das Anonymitätsgebot verhindert auch eine Beziehung zwischen seinen Angehörigen und dem Empfänger. Der Autor löst diese Widersprüchlichkeit auf, indem er gerade die Anonymität der Spende, die verhindert, dass je eine Gegenleistung stattfinden kann, moralisch überhöht. Gerade die Gewissheit, kein Dankeschön zu erhalten, so das Argument, macht die Organspende zur »puren Nächstenliebe« und damit zur ultimativ »guten« Tat.

Der Begriff der Organspende evozierte also nicht primär eine individuelle Beziehung, sondern eher eine diffusere, abstraktere Form der Solidarität: die Solidarität mit der Gemeinschaft. Der Präsident von Swisstransplant proklamierte die Organtransplantation anlässlich des »Nationalen Tags der Transplantation und Organspende« 1994 als »Akt der Solidarität und des nationalen Bürgerbewusstseins«. Ein Leben zu retten, sei keine Sache von privatem oder individuellem Charakter, sondern von öffentlichem und gemeinschaftlichem

Interesse.[147] Folgerichtig erklärte ein St. Galler Arzt 1995 am Tag der Organspende, dass die mangelnde Spendebereitschaft auf dem »Nachlassen der gesellschaftlichen Solidarität« beruhe.[148]

Vorgestellte Gemeinschaft und die Ökonomie der Gabe

Diese Argumentationslogik schließt an die wirkmächtige Idee an, dass die Praxis der Gabe oder der Spende im Gegensatz zum kommerziellen Warenhandel eine solidarische Gemeinschaft konstituiere. Sie wurde im Rekurs auf und in Abgrenzung gegen den Sozialanthropologen Marcel Mauss prominent vom britischen Sozialwissenschaftler und Ökonomen Richard Titmuss in dessen 1970 erschienen Buch *The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy* verfochten. Am Beispiel der Blutspende wollte Titmuss als Verfechter des sozialen Wohlfahrtsstaats aufzeigen, dass das unpersönliche, freiwillige Schenken soziale Verantwortung, Vertrauen unter Fremden und Identität mit dem sozialen Körper als ganzem stifte.[149] In dieser Sichtweise, so bemerken Waldby und Mitchell in Anschluss an den Politikwissenschaftler Benedict Anderson, schaffe die Blutspende eine »vorgestellte Gemeinschaft« unter Bürgern: »Blood donation too would appear to be an exemplary act of imagined community in Anderson's terms, a gift of health to an unknown other with whom one has nothing in common other than the shared space of the nation.«[150]

Auch der Aufruf zur Organspende beruhte auf der Vorstellung einer Solidargemeinschaft von Spendern und Empfängern. Erst die Identifikation als Teil einer solchen vorgestellten Gemeinschaft konnte die Praxis einer ungerichteten, anonymen Spende begründen. Dass gleichzeitig – wie auch im obigen Quellenbeispiel – trotzdem oft eine persönliche Beziehung von Spender und Empfänger suggeriert wurde, verweist auf die Grenzen der Wirksamkeit dieser abstrakten Vorstellung einer Solidargemeinschaft. Die zahlreichen Portraits einzelner Organempfänger dienten dazu, den potentiellen Spendern ein konkretes Gegenüber anzubieten. Auch der Begriff des »Geschenks« evozierte stärker als derjenige der »Spende« die Vorstellung einer persönlichen Beziehung von Gebenden und Nehmenden.[151]

Die Problematik des Prinzips der ungerichteten und unpersönlichen Spende, das in der Anonymitäts-Regel seinen institutionellen Ausdruck fand, ließe sich mit Verweis auf die Ökonomie der Gabe verstehen, wie sie Marcel Mauss 1925 in seinem einflussreichen *Essay sur le don* beschrieb. Mauss betont die verpflichtende Reziprozität und den Zwangscharakter der Gabe: Jede Gabe begründet eine Schuld des Beschenkten und damit die Verpflichtung zu einem Gegengeschenk.[152] Bei der als freiwillig, unentgeltlich und anonym konzipierten Organspende ist die Möglichkeit einer Gegengabe von vornherein ausgeschlossen. Die Anonymitäts-Regel entpuppt sich dabei als zwiespältig: Einerseits soll sie gefährlichen Ansprüchen der Angehörigen und Schuldgefühlen

bei den Empfängern vorbeugen, andererseits leistet sie diesen Vorschub, da sie jede Form von persönlichem Dank – auch in symbolischer Form – verunmöglicht.

Für beide Seiten kann es deshalb attraktiv sein, die Anonymität zu durchbrechen – so geschehen bei einem Herzempfänger und der Mutter seines Organspenders, die sich in einem gemeinsamen Zeitungsinterview äußerten. Er habe immer schon das Bedürfnis gehabt, seine Dankbarkeit auszudrücken, erklärte der Empfänger auf die Frage, weshalb er die Mutter kennenlernen wollte.[153] Umgekehrt kann das völlige Ausbleiben des Dankes (und damit jeglicher Gegengabe) bei den Angehörigen für Frustration sorgen. Ein Vater eines jugendlichen Organspenders gab dieser in einem Leserbrief Ausdruck:

»Aber glauben Sie, wir hätten je vom Spital oder sonst einer Stelle (nicht Empfänger gemeint) irgendeine Art Dankesschreiben, Blumen oder ähnliches erhalten? Und dies finde ich unhöflich, unanständig und sehr betrüblich. Wir haben die Organe unseres Kindes gespendet, weil wir anderen kranken Leuten helfen wollten, nicht wegen des Dankschreibens. Aber ein solches hätte uns gutgetan.«[154]

Das Bedürfnis, die Organspende als Geschenk an ein konkretes Gegenüber zu konzeptualisieren, spiegelte sich auch in der weiter oben geschilderten Tendenz der medizinischen Institutionen, die Angehörigen des Spenders über das Schicksal des Empfängers zu informieren, und es den Empfängern zu ermöglichen, sich bei der Spender-Familie zu bedanken. Nach dem Jahr 2000 wurde die Anonymitäts-Regel vermehrt grundsätzlich in Frage gestellt – ebenso wie das Unentgeltlichkeitsprinzip, da beide eine Gegengabe für den Spender verhindern.[155] So plädierte der Rechtsphilosoph Paolo Becchi 2004 für die Überwindung der Anonymität, um den Dank des Empfängers an die Angehörigen zu ermöglichen –, und damit jene ethische Beziehung zurück zu gewinnen, die die Schenkung ihrem Wesen nach herstelle.[156]

Semantischer Schutz

Die Reduzierung der Organspende auf eine Angelegenheit zwischen Spender und Empfänger hat einen anderen wichtigen Effekt: Sie lässt alle anderen beteiligten Akteure und Institutionen verschwinden. Sie hebt die Gemeinnützigkeit des Organtransfers hervor, und verdeckt damit die komplizierte Ökonomie der Organübertragung und die Interessen der involvierten Spezialisten: die Prestigegewinne der Ärzte oder die finanziellen Gewinne der Pharmaindustrie. Wie bereits erwähnt, vermieden es die Kampagnenverantwortlichen, die Organspende mit eigennützigen Interessen in Verbindung zu bringen. Jede private, die Interessen eines Einzelnen spiegelnde Nutzbarmachung von Leichnamen, so schreibt der Historiker Armin Heinen in einem Aufsatz über die

»dienstbare Leiche«, sei gewöhnlich einer negativen Sanktion unterlegen. Zustimmungsfähig werde die Dienstbarmachung des toten Körpers erst durch einen öffentlichen Akt, als »Aneignung unter gemeinschaftlicher Kontrolle«.[157]

Wie wir noch genauer sehen werden, waren Eigennutz, Profit und Ausbeutung sowie Zwang und Gewalt zentrale Motive älterer und neuerer Narrative, die einen unheimlichen Umgang mit menschlichen Körpern und Körperteilen thematisierten. Die Begriffe der Spende und des Geschenks waren deshalb so wichtig, weil sie die Organtransplantation von diesen Narrativen semantisch abriegelten. Nachdem Geschichten von Organraub und Organhandel seit den 1980er Jahren zunehmend Eingang in Romane, Filme aber auch Presseberichte gefunden hatten, waren – wie ich zeigen werde – die Vertreter der Organtransplantation besonders bemüht, die Organspende als freiwilligen, altruistischen Akt zu inszenieren.

Und wie verhält sich der Geschenk-Diskurs zu den Redeordnungen des Organmangels und des Organaustauschs, die mitunter ökonomisch strukturiert waren? Einerseits verdeckte die Inszenierung der Organspende als altruistischer und solidarischer Akt dieses ökonomische Sprechen, das vor allem im Falle des Organaustauschs vorwiegend ein Sprechen der Ärzte und der medizinischen Institutionen war. Gleichzeitig könnte man auch argumentieren, dass die Geschenk-Semantik das ökonomische Reden paradoxerweise erst ermöglichte – indem sie es moralisch fundierte und damit legitimierte: Wenn das ganze System der Organspende auf altruistischer Basis errichtet ist, dann ist auch marktwirtschaftliches Denken erlaubt, um dieses System erfolgreicher zu gestalten. Es wird noch zu bestimmen sein, wo die Grenzen der Kompatibilität dieser beiden Diskursordnungen liegen.

4.4 Leben und Tod

Die Organspende wurde also als freiwilliges, altruistisches Geschenk konzipiert. Nun wollen wir uns dem Inhalt dieses Geschenks zuwenden – dem »Leben«. Um das Problem des Organmangels zu lösen, so schrieb der Präsident von Trans-Hepar, müsse »man bei jedem einzelnen das Bewusstsein dafür wecken, wie wichtig es ist, sich selbst zu schenken, das eigene Leben anderen weitergeben zu können und im Augenblick des eigenen Todes einem anderen Menschen zum Leben zu verhelfen«.[158] In dieser Sichtweise schenkt also der Organspender »sich selbst« bzw. das, was ihn ausmacht, nämlich das Leben, und gibt es einem anderen Menschen weiter. »Von einem Leben zum anderen« lautete der Slogan der 1994 lancierten Informationskampagne von Swisstransplant. Bundesrätin Ruth Dreifuss bezeichnete 1994 am »Nationalen Tag der Transplantation und Organspende« die Organtransplantation als »Lebenskette«, bei der mehr Menschen mitmachen sollten.[159] Diese Lebenskette

war auf dem Spenderausweis von Swisstransplant graphisch dargestellt: Kleine Figuren, die Frauen, Männer, Mädchen und Knaben repräsentieren, stehen in einer Reihe nebeneinander und reichen sich die Hände (vgl. den Spenderausweis auf der Abb. 3).[160]

In der Metaphorik der Lebenskette wird das Organ als Symbol des Lebens zu etwas, was von einem Menschen zum anderen wandern kann und somit alle Menschen miteinander verbindet. Die Organtransplantation stiftet derart eine Gemeinschaft – eine Gemeinschaft des Lebens. Dabei steht nicht mehr das einzelne Individuum im Vordergrund, dessen Leben durch die Spende gerettet oder verbessert wird. Die wiederhergestellten Körper der einzelnen Organempfänger verschmelzen gleichsam zu einem Kollektivkörper, der das »Leben an sich« repräsentiert.[161] Diese Tendenz verdeutlicht sich in einer Swisstransplant-Informationsbroschüre von Mitte der 1990er Jahre (vgl. Abb. 4).

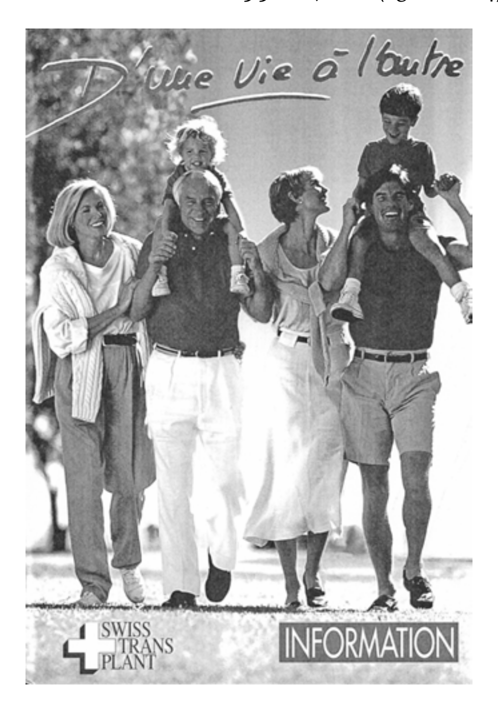


Abbildung 4: Titelblatt einer Informationsbroschüre der Stiftung Swisstransplant, Mitte der 1990er Jahre (französische Version)

Abgebildet sind keine Organempfänger, sondern sechs fröhliche, gesunde Menschen, die drei Generationen verkörpern: Kinder, Eltern und Großeltern, Hand in Hand.[162] Das Bild solle laut der verantwortlichen Kommunikationsagentur ein Gefühl von »Freude, Gesundheit, Liebe und Geselligkeit« vermitteln.[163]

Auch am »Nationalen Tag der Transplantation und Organspende« wurde das »Leben« selbst gefeiert: »Solidarität fürs Leben!«, »Aujourd'hui pour la vie!« und »Buongiorno la vita!« verkündete das Programmheft. Der Refrain des Songs über eine Organspende, der an der Kundgebung in Bern gespielt wurde, veranschaulicht – hier in der deutschen Übersetzung – diesen Kult des Lebens: »Das Leben ist alles, das Leben ist zum Leben da/Das Leben ist alles, das Leben ist die Liebe/Das Leben ist alles, das Leben ist Geben und Vergeben/Glaubst Du an das Leben, dann weißt Du, dass Du den Weg kennst«.[164]

Das Leben als göttliche Gabe

Was bedeutete es genau, dieses Leben, um das sich die Semantik der guten Organspende drehte? Gestützt auf religionssoziologische Untersuchungen verbindet die Soziologin Mona Motakef die Lebens-Semantik der Organspende mit einer Vorstellung aus der judeo-christlichen Tradition, die bis heute wirksam sei: Das menschliche Leben werde als von Gott gegeben, als göttliche Gabe, verstanden; diese »göttliche Verdanktheit des Lebens« begründe eine Schuld. Indem die Werbung die Organspende als Geschenk des Lebens und Akt der Nächstenliebe bezeichne, ziele sie auf ein »christliches Gewissen«: Organspender sollten »mit ihren Organen anderen Menschen Leben schenken, so wie ihnen bereits durch Gott Leben geschenkt wurde«. Ist der Diskurs der guten Spende also christlich fundiert, appelliert er an den »guten Christenmenschen«, wie Motakef behauptet?[165]

Schon früh suchte die Transplantationsmedizin, sich der Unterstützung von offiziellen Kirchenvertretern zu versichern. Auch in der Schweiz wiesen Fürsprecher der Organspende verschiedentlich darauf hin, dass die Autoritäten der großen Religionsgemeinschaften sich für die Organspende aussprechen würden. Insbesondere wurde die Unterstützung durch die christlichen Kirchen und im Speziellen durch den Papst hervorgehoben.[166]Den Verantwortlichen für die Informationskampagnen galten religiöse Überzeugungen als eine mögliche Ursache für die Verweigerung von Organspenden.[167] Auch in quantitativen Studien zur Spendebereitschaft in der Schweiz spielten sie eine Rolle; im Vergleich zu anderen kulturellen und sozioökonomischen Faktoren maßen diese Studien dem religiösen Glauben an sich aber keine übergeordnete Bedeutung zu.[168] Die einzelnen Verweise auf den christlichen Glauben im Rahmen der Organspende-Kampagnen sind durchaus als »offensive« Appelle an die christliche Nächstenliebe zu beurteilen. Vor allem zielten sie aber wohl

darauf ab, einer Ablehnung der Organspende aus religiösen Motiven entgegenzuwirken.

Betrachtet man den gesamten öffentlich-medialen Diskurs zur Organspende, zeigt sich, dass christliche und allgemein religiöse Aspekte keine übergeordnete Rolle spielten. Weder die Debatten um die erste Herztransplantation 1969 noch die Presseberichterstattung und die Informationskampagnen der 1980er und 1990er Jahren enthielten viele explizit religiöse Aussagen. Wohl aber finden sich christliche Motive: Indem man die Organspende oft als Akt der »Nächstenliebe« bezeichnete, wurde sie semantisch an eine nachhaltig wirksame, christlich fundierte moralische Tradition gekoppelt. »Nächstenliebe« bildete gleichsam das christliche Pendant zum Begriff der »Solidarität«, welcher an eine republikanische und sozialistische Tradition geknüpft war. Die Aufklärungskampagnen bedienten sich beider Begriffe, um so Anschluss an diese beiden wirkmächtigen semantischen Felder herzustellen.

Die vielen Erzählungen über erfolgreiche Transplantationen wiederum folgen dem religiösen Schema der Auferstehung. Die Leiden der porträtierten Menschen kulminieren wohlgemerkt nicht in einer Auferstehung nach dem Tod, sondern in einem neuen diesseitigen Leben dank der Organübertragung. Das Motiv der Auferstehung spiegelt sich auch in den Namen und Symbolen, welche die Fürsprecher der Organspende benutzten: Der Titel der Zeitschrift *Re-naissance,* so heißt es in der ersten Ausgabe, erinnere an das neue Leben, welches dem Patienten nach einer manchmal langen, häufig beschwerlichen, aber immer beängstigenden Wartezeit durch ein Transplantat ermöglicht werde.[169] Tiere wie der Schmetterling, der das Les As de Coeur-Logo auf der Zeitschrift *News* sowie auf Informationsbroschüren zierte und als Namensgeber für Papillon, den Verein für Nierentransplantierte, diente, oder der mythische Vogel Phönix, nach dem sich eine Patientenorganisation zur Förderung der Organspende benannte,[170] standen sinnbildlich für Wiedergeburt, Unsterblichkeit und Auferstehung.[171]

Der moderne Traum des langen Lebens

Dass sich die Semantik der guten Organspende einem zentralen, wirkmächtigen und nachhaltigen narrativen Muster der christlichen Tradition bediente, bedeutet aber nicht automatisch, dass sie in einem engeren Sinne christlich strukturiert war. Die Utopie der Auferstehung durch die Transplantation ist nicht auf das Jenseits ausgerichtet, sondern auf das Diesseits. Es geht, das wird in den Quellen immer wieder explizit gesagt, um Überleben, länger Leben, besser Leben. Das Leben, das im Sprechen über die Organspende beschworen wird, entspricht also nicht – oder nicht ausschließlich – dem christlichen, Gott gegebenen Leben. Es liegt vielmehr nahe, dieses Leben vornehmlich in einer spezifisch abendländischen und genuin modernen Traditionslinie zu verorten,

in der das Leben als leibliches, körperliches Leben den zentralen Referenzpunkt des bürgerlichen Subjekts bildet.

Diese Traditionslinie wurzelt in der Aufklärung, im 18. Jahrhundert, als Philosophen, Wissenschaftler und Mediziner – etwa die französischen »Idéologues« – den Körper als wichtigsten Referenzpunkt für das bürgerliche Individuum und seine zentralen Werte konstituierten: Die Autonomie des Subjekts und das bürgerliche Versprechen auf Freiheit, Gleichheit und Gerechtigkeit wurden nicht mehr transzendental, sondern gleichsam materiell im Körper begründet.[172] Das Bürgertum, so Michel Foucault, hat sich »einen Körper gegeben, den es zu pflegen, zu schützen, zu kultivieren, vor allen Gefahren und Berührungen zu bewahren und vor den anderen zu isolieren galt, damit er seinen eigenen Wert behalte.«[173]Mittels staatlicher und privater Hygienebemühungen, gesunder Ernährung, Sauberkeit und Sport und später dann vermehrt mittels medizinischer und technologischer Eingriffe sollten in der Moderne seine Gesundheit und Langlebigkeit verbessert werden.[174]

In diesem auf den Körper und seine Biologie konzentrierten Denken gibt es, so der Historiker Philipp Sarasin, keine Transzendenz mehr: »Gut und Schlecht begründen sich radikal diesseitig vom Prinzip der Selbsterhaltung des Menschen her, vom Ziel der Erhaltung seines Lebens: Was diesem Leben dient, ist gut, was ihm schadet, ist schlecht.«[175] Bis heute hat die Bedeutung des leiblichen Lebens für die menschliche Existenz zugenommen: Der Körper, so konstatierte Cornelius Borck 1996, erscheine als »der ultimative Ort des Begehrens nach Selbsterfahrung«.[176] Die Maxime eines langen, gesunden Lebens ist Sarasin zufolge das letzte Ziel, das der westlichen Kultur nach dem Tode Gottes noch geblieben sei:

»Unsere Zivilisation scheint seit der Aufklärung und seit dem Verblassen des Christentums im Grunde keine anderen Leitideen mehr zu haben, als das Leben auszuschöpfen und zu geniessen. Ein möglichst junger oder zumindest gut erhaltener, leistungs- und genussfähiger Körper ist daher die wirkliche – und vielleicht letzte – Ikone der Kultur, in der wir leben. Das Alter mit seinem körperlichen Zerfall aber ist damit mehr denn je der äusserste Schrecken, den wir uns vorstellen können.«[177]

Nikolas Rose spricht in diesem Zusammenhang von einer »somatischen Ethik«: Die ethische Bedeutung der Steigerung, Vervollkommnung, des Schutzes und der Verlängerung der leiblichen Existenz habe nahezu alle anderen Formen des »guten Lebens« verdrängt. Unsere Hoffnung auf Erlösung würde die Erhaltung der Gesundheit und die Verlängerung des Lebens miteinschließen.[178] Dieser Befund verdeutlicht sich im erwähnten Organspende-Song, in dem sich gleichsam ein säkularisierter Kult des Lebens manifestiert: Wenn das Leben »alles« ist, und wir aufgefordert werden, an das Leben zu »glauben«, dann wird dem biologischen Leben selber eine religiöse Dimension beigemes-

sen – die umso wirksamer sein kann, als sie eine scheinbare Autonomie von überkommenen religiösen Etiketten suggeriert.

Biopolitik?

Mehrere sozialwissenschaftliche Studien interpretieren die transplantationsmedizinische Lebens-Semantik als Ausdruck eines biopolitischen Diskurses.[179] Michel Foucault hat unter den Begriffen »Biopolitik« und »Bio-Macht« eine spezifisch moderne Form der Machtausübung beschrieben, die auf das Leben und dessen Erzeugung, Erhaltung, Steigerung und Optimierung abzielt.[180] Für das 18. Jahrhundert postuliert Foucault »nichts geringeres als den Eintritt des Lebens in die Geschichte – der Eintritt der Phänomene, die dem Leben der menschlichen Gattung eigen sind, in die Ordnung des Wissens und der Macht, in das Feld der politischen Techniken«.[181] Im Unterschied zur Machttechnologie der Disziplin, die sich auf den individuellen Körper richtet, konzentriert sich die Bio-Macht auf das Leben der Bevölkerung.[182] Unter Biopolitik, so Foucault, verstehe er »die Weise, in der man seit dem 18. Jahrhundert versuchte, die Probleme zu rationalisieren, die der Regierungspraxis durch die Phänomene gestellt wurden, die eine Gesamtheit von als Population konstituierten Lebewesen charakterisieren: Gesundheit, Hygiene, Geburtenziffer, Lebensdauer, Rassen...«.[183] Biopolitik besteht in auf die Bevölkerung gerichteten, staatlichen Steuerungs- und Regulierungsbemühungen, die von der öffentlichen Hygiene- und Gesundheitspolitik bis zu eugenischen Programmen zur Ausmerzung »lebensunwerten Lebens« reichen.[184]

Der moralische Diskurs der Organspende könnte nun in dem eingeschränkten Sinne als ein biopolitischer bezeichnet werden, als dass er auf die Erhaltung und Erzeugung von Leben ausgerichtet ist. Doch geht es dabei um das Leben der Bevölkerung? Einige Autorinnen und Autoren argumentieren in diese Richtung: Der Soziologe Torsten Junge etwa sieht den transplantationsmedizinischen Diskurs als Teil eines biopolitischen Machtdispositivs, das auf die Optimierung des Lebens abziele und sich sowohl auf den individuellen Körper als auch auf das Konstrukt der Bevölkerung richte.[185] Oberstes Ziel der transplantationsmedizinischen Bio-Macht sei die »Etablierung der Bereitschaft des Subjekts, seinen Körper anderem Leben, das rehabilitierbar ist, also welches wieder in den Produktions- und Reproduktionsprozess eingefügt werden kann, zu Verfügung zu stellen«.[186] Laut der Soziologin Alexandra Manzei, welche die Transplantationsmedizin ebenfalls als Dispositiv der Bio-Macht fasst, forme der politisch-medizinische Diskurs der Transplantationsmedizin nicht nur die Körper der Individuen, sondern reguliere auch das Gesundheitsniveau, die Lebensdauer und die Sterblichkeitsrate der Bevölkerung.[187]

Handelt es sich bei der Transplantationsmedizin tatsächlich um ein biopolitisches Dispositiv, das auf die Regulierung der Gesundheit einer Bevölke-

rung abzielt? Konzipiert der Organspende-Diskurs das Geschenk des Lebens als Beitrag zur Stärkung und qualitativen Verbesserung des Lebens einer Population – etwa der schweizerischen?

Die Vitalität einer Gattung – der Nation, der Bevölkerung, der Rasse –, so konstatiert Nikolas Rose, diene kaum der Rechtfertigung für zeitgenössische biomedizinische Eingriffe in individuelle Leben. Die Legitimität der Regulierung des Lebens in der zeitgenössischen Politik des Lebens gründe vielmehr auf »individueller ethischer Verantwortung«[188]. Damit argumentiert Rose für einen deutlichen Bruch zwischen eugenischen Projekten der Vergangenheit und aktuellen biomedizinischen Praktiken:[189]

»Biopolitics today no longer operates in a problem space defined by population, quality, territory, and nation. Individual substitutes for population, quality is no longer evolutionary fitness but quality of life, the political territory of society gives way to the domesticated spaces of family and community, and responsibility now falls not on those who govern a nation in a field of international competition but on those who are responsible for a family and its members.«[190]

Entspricht der Organspende-Diskurs dieser von Rose beschriebenen Form der Politik des Lebens in »fortgeschrittenen liberalen Demokratien«? Oder ist in ihm der alte Traum lebendig, sich um die Leben von jedem im Namen des Schicksals aller zu kümmern? Legitimiert er die Organspende als Opfer für das Leben der Nation? In diese Richtung weist etwa die Aussage des Swisstransplant-Präsidenten, der die Organspende zum »Akt des nationalen Bürgerbewusstseins« erklärte. Weitere Hinweise darauf, dass die Spende als Dienst am nationalen Lebens-Kollektiv konzipiert wurde, gibt es aber nur ganz wenige.

Die Volksgesundheit steigern

Als ein erstes Indiz mag das Argument des volkswirtschaftlichen Nutzens der Organtransplantation gelten, das in der Informationskampagne und in Presseberichten vorgebracht wurde. Immer wieder rechneten die Fürsprecher der Organspende vor, dass eine Nierentransplantation längerfristig für die Gesellschaft kostenmäßig vorteilhafter sei als ihre Alternative: die Dialysebehandlung.[191] Damit wandten sie sich gegen die Vorstellung, dass es sich bei der Transplantationsmedizin um eine unverhältnismäßig teure Luxus-Therapie handle, welche die steigenden Gesundheitskosten weiter in die Höhe treibe.

Über dieses rein gesundheitsökonomische Argument hinaus wurde der »volkswirtschaftliche Nutzen« auch damit begründet, dass eine Transplantation zur »Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit« beitrage. Die meisten Transplantations-Patienten könnten wieder »voll produktiv arbeiten«, während

die Dialyse »einen ökonomischen Verlust für die Gesellschaft« bedeute.[192] »Organtransplantationen bringen der Allgemeinheit namhafte wirtschaftliche Vorteile, indem sie die Zahl der Invaliden vermindern und die Schar der ›Produktiven‹ steigern«, schrieb die *Weltwoche* 1988.[193] Auch in den zahlreichen Porträts von Organempfängern findet sich oft der Hinweis, dass der Patient dank der Transplantation seine Arbeit wieder habe aufnehmen können.[194] In dieser Argumentationslogik zielt die Wiederherstellung der Gesundheit durch die Organspende tatsächlich auf ein nationales Kollektiv ab: Es geht um die Steigerung der Volksgesundheit als Mittel zur Stärkung der nationalen Volkswirtschaft.

Der zweite Hinweis darauf, dass bei der Organspende auch die Kategorie der Nation eine Rolle spielte, ist bloß ein indirekter, da er die Empfänger-Seite betrifft: Im September 1995 berichtete die Schweizer Presse, dass das Universitätsspital Zürich Asylbewerber von der Nierentransplantation ausgeschlossen habe.[195] Der verantwortliche Chefarzt, Felix Largiadèr, rechtfertigte diesen Entscheid mit dem zunehmenden Organmangel sowie mit dem Argument, dass bei Asylbewerbern die notwendige lebenslange Nachkontrolle und Nachbehandlung nicht unbedingt gewährleistet sei.[196] Er verwies ebenso wie die kritischen Medienberichte auf einen Passus in den SAMW-Richtlinien zur Organtransplantation vom 8. Juni 1995. Dort steht geschrieben, dass bei »Organmangel die Eintragung in die Wartelisten auf Patienten beschränkt werden kann, die in der Schweiz wohnhaft sind«.[197] In Leserbriefen und Kommentaren wurde die Maßnahme des Universitätsspitals mit »Fremdenfeindlichkeit« und dem »Dritten Reich« in Verbindung gebracht und Largiadèrs Rücktritt gefordert.[198] Ein anderer Leserbriefschreiber zeigte sich angesichts der Organknappheit aber damit einverstanden, die »Asylanten« von der Liste zu streichen: »Wir können nun weiss Gott nicht die halbe Welt mit Nieren versorgen!«[199]

Die Episode deutet an, dass der nationalen Zugehörigkeit der Empfänger im Hinblick auf die Verteilung der knappen Organressourcen eine gewisse Bedeutung zukam, und dass das Sprechen über die Organtransplantation bisweilen in einen nationalistisch-biopolitischen Diskurs kippen konnte. Gleichzeitig verweisen die kritischen Reaktionen in der medialen Öffentlichkeit darauf, dass eine an einem nationalistisch-biopolitischen Denken orientierte Konzeption der Organspende nach dem Motto »Schweizer Organe für Schweizer« gesellschaftlich kaum wirksam war. In der Werbung für die Organspende wie in der medialen Berichterstattung spielte sie denn auch kaum eine Rolle. Bisweilen wurden außerordentliche Organtransplantationen für ausländische Patienten medial gar ausdrücklich positiv, als humanitärer Akt inszeniert: So ermöglichte 1988 ein mit einer Medienkampagne einhergehender Spendenaufruf in der Presse die Lebertransplantation einer mittellosen Jugoslawin.[200]

Das Leben als leerer Signifikant

Im Diskurs der guten Spende ging es kaum explizit um das Leben der Bevölkerung als Ganzes, sondern um das Leben von Individuen – die einzelnen Empfänger, die im Diskurs der Organspende nicht als »Gattungs-Menschen«, sondern als individualisierte »Körper-Menschen«[201] (Foucault) auftraten. Nicht die Qualität eines Kollektivkörpers, nicht die Volksgesundheit, sondern die individuelle Gesundheit und Lebensqualität einzelner Menschen sollte durch die Organtransplantation verbessert werden.

In dieser Hinsicht entspricht die Organspende-Semantik der von Rose beschriebenen neuen Form der Lebenspolitik. Rose hat dafür den Begriff der Ethopolitik geprägt, eine Macht- und Politikform, die auf das somatische Ethos der Subjekte, auf ihre ethischen Selbsttechniken und auf ihre biologische Eigenverantwortung zielt. »If ›discipline‹ individualizes and normalizes, and ›biopolitics‹ collectivizes and socializes, ›ethopolitics‹ concerns itself with self-techniques by which human beings should judge and act upon themselves to make themselves better than they are.«[202] Der moralisch argumentierende Diskurs über die Organspende kann als ethopolitischer Diskurs gefasst werden, dessen Anrufung auf das somatische Ethos der Individuen gerichtet ist. Doch es bleibt ein wesentlicher Unterschied: Die individuellen Leben, die mit einer Spende verlängert und verbessert werden, sind nicht die Leben der Spender – also der Adressaten des Organspende-Diskurses. Die Spende kann deshalb nicht ohne weiteres mit der individuellen Verantwortung für das eigene Leben oder für dasjenige seiner Familienmitglieder legitimiert werden.

Dadurch unterscheidet sich der Organspende-Diskurs von Risiko-Diskursen, die im Zusammenhang mit anderen biomedizinischen Technologien wie der Fortpflanzungsmedizin und der genetischen Diagnostik vorherrschend sind. Sie beinhalten die Aufforderung zu einer individuellen und präventiven Vorsorge, die auf der Kalkulierung zukünftiger gesundheitlicher oder biologischer Risiken basiert.[203] Zwar wurde auch im Reden über die Organspende das Organversagen als zukünftiges Risiko beschworen: »Jedem von uns kann es urplötzlich passieren, dass er oder sie so krank wird, dass eine Organtransplantation unvermeidlich wird. Jeder von uns sollte über die Möglichkeit nachdenken, Organspenden prinzipiell zu akzeptieren«, mahnte der Präsident des Swisstransplant-Exekutivkomitees 1996 an einer Pressekonferenz.[204] Ähnlich argumentierte auch eine Redakteurin der *Coop-Zeitung* 1995: Wer noch Zweifel an der Organspende hege, solle daran danken, dass bei jeder und jedem von uns einmal die Nieren oder das Herz versagen könnten. »Wie dankbar wären wir dann, wenn jemand für uns das passende Organ spendet.«[205] Die Betonung der Allgegenwärtigkeit des Risikos eines Organversagens sollte einerseits Betroffenheit schaffen: Der Hinweis auf die Wahrscheinlichkeit, selber einmal auf eine Organspende angewiesen zu sein, dient dazu, die Identifika-

tion mit den Empfängern und mit der medizinischen Technologie insgesamt zu stärken. Andererseits handelt es sich um eine moralische Argumentation – nach der Logik: Wer selber einmal ein Organ bekommen will, sollte bereit sein, selber eines zu schenken.

Das am Ideal des »unternehmerischen Selbst«[206] orientierte Prinzip einer selbstverantwortlichen Risiko-Vorsorge trägt für die Organspende jedoch nicht – zumindest solange der Anspruch auf den Empfang eines Organs vollständig von der Spendewilligkeit entkoppelt ist, wie dies bis heute in der Schweiz der Fall war. Nur bei einem sogenannten Clubsystem, das in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre auch in der Schweiz (erfolglos) propagiert wurde, würde das individuelle Vorsorge-Prinzip greifen: In einem solchen System würden Personen, die sich zur Spende bereit erklärt haben, bevorzugt ein Organ erhalten.[207]

Unter den gegebenen Umständen kam der Organspende-Diskurs aber nicht darum herum, ein altruistisches Motiv sowie eine Vorstellung von einer Solidargemeinschaft zu konstruieren. Hier zeigt sich eine Ambivalenz dieses Diskurses: Er zielt auf die Verlängerung individueller Leben, und muss doch ein Lebenskollektiv beschwören. Deshalb blieb er zumindest anfällig dafür, das Prinzip der individuellen Selbstbestimmung abstrakten Vorstellungen von Gemeinwohl und kollektiver Wohlfahrt unterzuordnen.[208]

Die im Diskurs konstruierte Vorstellung einer Solidargemeinschaft, einer Lebenskette, blieb letztlich prekär. Zusammengehalten wurde sie weniger von der Referenz der Nation oder der Bevölkerung, als vom sozialstaatlichen Ideal einer freiwilligen, gemeinschaftlichen Solidarität und dem ebenso schillernden wie vagen Begriff des Lebens. Diese Vagheit machte wohl auch die Attraktivität dieses Begriffes aus: Das Leben war ein leerer Signifikant, der, je nach dem, mit individuell-vitalistischen, religiösen oder auch national-biopolitisch gefärbten Hoffnungen und Sehnsüchten gefüllt werden konnte.

Der Tod als Herausforderung

Die Transplantationsmedizin stellte sich explizit in den Dienst des Lebens, und nahm so das kulturelle Begehren nach seiner Erhaltung und Verlängerung auf. Zusammen mit anderen biomedizinischen Technologien, die eine zunehmende Beherrschung des Lebens versprachen, nährte sie gleichzeitig die phantastische Hoffnung nach einer Überwindung des Todes.[209] Man habe die Pforte zur Unsterblichkeit erreicht, schrieb eine Schweizer Zeitung bereits anlässlich der weltweit ersten Herztransplantation 1967.[210]

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird verständlich, warum der Diskurs der guten Spende den wirkmächtigen Begriff des Lebens in sein Zentrum stellte. Gleichzeitig wird eine Ambivalenz deutlich, die der Semantik des »geschenkten Lebens« innewohnt: Wieso sollte ein Individuum sein eigenes Leben weiterschenken, wenn es doch sein wichtigstes Eigentum und Grund-

lage all seiner Hoffnungen ist? Die Antwort scheint nahe liegend, wenn auch etwas paradox: Das eigene Leben wird in der postmortalen Organspende erst dann weitergeschenkt, wenn es sowieso schon beendet oder nicht mehr zu retten ist. Doch ist es für diesen lebensbejahenden Diskurs nicht trotzdem ein Problem, dass er ausgerechnet den Tod seiner Adressaten zur Voraussetzung für das neue Leben macht? Wie verfuhr der vom Begriff des Lebens organisierte Diskurs der guten Organspende mit dem Tod der Spender?

Wie wir gesehen haben, bargen das Sterben und der Hirntod in der Praxis der Organspende im Krankenhaus ein großes Potential für emotionale Irritationen und Konflikte. Auch für das Sprechen über die Spende bildete der Tod des Spenders eine Herausforderung. Dies deutet sich in einem Protokoll des Swisstransplant-Stiftungsrats von 1994 an: Im Zusammenhang mit einer neuen Informationsbroschüre bemerkte ein Mitglied, dass Swisstransplant nicht nur – wie in der Broschüre angegeben – die »Transplantation« sondern auch die »Organspende« koordiniere. Ein anderes Mitglied erklärte, dass laut dem Kommunikationsberater »Transplantation« ein Wort sei, das die Bedeutung auf das Leben lege, während die »Organspende« den Tod betone.[211] Es war den Verantwortlichen der Öffentlichkeitsarbeit also wichtig, die Konnotation mit dem Tod zu vermeiden.

Ich habe gezeigt, dass die Organspende deswegen im Rahmen dieser Öffentlichkeitsarbeit in einer Weise konstruiert wurde, die sie mehr mit dem Leben als mit dem Tod verband: Im Vordergrund standen die neuen Leben der Empfänger, hinter denen die Tode der Spender verborgen wurden. Diese Strategie erwies sich aber als ambivalent. Die Tabuisierung des Todes wurde, wie wir weiter oben gesehen haben, auch als problematisch erachtet: Sie galt den Kampagnen-Verantwortlichen als Ursache für die Weigerung, sich überhaupt mit der Organspende auseinanderzusetzen. Vielleicht erklärt sich dadurch die Tendenz in den 1990er Jahren, den Spender und dessen Tod vermehrt explizit zu thematisieren.

Der sinnvolle Tod

Die Anonymitätsregel verhinderte gewöhnlich das Auftreten konkreter Organspender in Medienberichten. Trotzdem publizierte die Boulevardzeitung *Blick* Mitte der 1990er Jahre einige Geschichten über Organtransplantationen, bei denen der Spender namentlich genannt und auch abgebildet war.[212] »In diesen sechs Menschen lebt Nicholas (7) weiter« betitelte der *Sonntags-Blick* 1995 einen solchen Artikel über die Organspende eines amerikanischen Knaben, der in Italien erschossen wurde. Ein großes Bild zeigt den Knaben, aber auch die sechs Empfänger von Nieren, Herz, Leber und Hornhäuten sind auf Fotografien zu sehen. Der Artikel stilisiert den Spender zum Helden:

»All diese Menschen fanden – so absurd dies auch klingen mag – dank Nicholas Greens Tod ihr Leben wieder. Ganz Italien war gerührt; Staatspräsident Oscar Luigi Scalfaro überreichte den Eltern eine Verdienstmedaille für ihren toten Sohn. In seiner kurzen Rede sagte er: ›Danke, Nicholas. Mögest du uns ein Vorbild sein.‹« Die Organtransplantation erscheint als Gewinn für alle Beteiligten, nicht nur für die Empfänger, sondern auch für die Angehörigen des Spenders. Seine Mutter, so schreibt die Zeitung, habe Trost gefunden, denn sie wisse: »So wird Nicholas weiterleben!«.[213]

Die Befürworter der Organspende erkannten die Werbe-Wirksamkeit solcher Geschichten, die den Spender als positive Figur inszenierten und das Weiterschenken des Lebens von einem Menschen zum anderen mittels Bilder aller Beteiligten fassbar machten. Der Transplantationsarzt Gilbert Thiel wies gegenüber der Presse explizit auf den Fall von Nicholas Green hin, um »mehr Menschen für eine Organentnahme zu motivieren«.[214] Und die Zeitschrift *Renaissance* druckte Ausschnitte eines ähnlichen *Blick*-Artikels ab.[215]

Diese Zeitungsberichte erklären den Spender zum Helden, indem sie seine Spende als selbstlosen Akt darstellen, der vielen Menschen das Überleben ermöglicht. Dadurch verliert der Tod seine Sinnlosigkeit: Die Möglichkeit der Organspende verleihe dem Sterben eine sinnvolle Dimension, schrieb das Aargauer Tagblatt 1988.[216] Und der Präsident von Les As de Coeur erklärte 1992, die Organspende sei das einzige Mittel, um dem Tod das zu geben, wonach die Menschheit seit Jahrtausenden suche: einen tieferen Sinn.[217] Diese Sinngebung des Todes entspricht weitgehend dem Trostprinzip, dem wir bereits begegnet sind. In Presseberichten finden sich verschiedentlich Aussagen von Angehörigen, die angeben, dank der Organspende Trost gefunden zu haben.[218] So erzählten Eltern, die Entscheidung zur Freigabe der Organe ihres hirntoten Sohnes habe sie in ihrer Trauer gestärkt: »Wir spürten in der Folge, wie Dankgefühle und neue Lebenskraft der unbekannten Empfänger sich auf uns übertrugen.«[219]

Der Tod als Lebensquelle

In der *Blick*-Reportage über Nicholas Green wird das Trostprinzip stark an das Motiv des Weiterlebens gekoppelt, das im Artikel drei mal bemüht wird. »Er wird ewig in uns weiterleben«, zitiert der *Blick* etwa den Pfarrer von Nicholas Green – mit der Anmerkung, dass dies für einmal wörtlich zu verstehen sei.[220] Das Weiterleben im Andenken der Angehörigen bzw. das religiöse Weiterleben der Seele im Jenseits wird hier mit dem biologischen Weiterleben der einzelnen Organe verbunden. Ähnliche Aussagen finden sich in anderen Zeitungsberichten über Organspenden. Ein Vater eines Organspenders erzählte einer Genfer Zeitung: »Zu wissen, dass vier Teile meines Sohnes noch irgendwo leben, macht seinen Tod etwas weniger sinnlos.«[221] Ein Arzt bemerkte 1987 an

einer Swisstransplant-Sitzung, dass in einigen Fällen die Eltern von Verkehrsopfern die Mediziner gar zur Organentnahme gedrängt hätten – aufgrund der Idee, ihr Kind würde in einer bestimmten Weise durch die Empfänger weiterleben.[222]

Diese Logik manifestiert sich auch in einem Text, der 1993 in der Zeitschrift *Re-naissance* abgedruckt wurde. Ein Autor namens Denis imaginiert darin seinen eigenen Hirntod. Es lohnt sich, diesen Text etwas ausführlicher zu zitieren:

»Eines Tages wird ein Arzt feststellen, dass mein Gehirn aufgehört hat zu funktionieren und dass mein Leben unwiderruflich zu Ende ist. Wenn das passiert, dann versucht nicht, es künstlich mit Hilfe von Maschinen zu verlängern. Nennt den Ort, wo ich ruhe, nicht mein Sterbebett, sondern ganz im Gegenteil mein Lebensbett. Veranlasst, dass mein Körper daraus entfernt wird, um anderen Menschen ein Weiterleben zu ermöglichen. Gebt mein Augenlicht einem Mann, der noch nie gesehen hat, wie die Sonne aufgeht, der noch nie das Lächeln eines Kindes oder die Liebe in den Augen einer Frau hat sehen können. Gebt mein Herz einem Menschen, dem das seine während endloser Tage nichts als Leiden bereitet hat. Gebt meine Nieren demjenigen oder derjenigen, die Tag um Tag und Woche um Woche an eine Maschine angehängt bleiben müssen, um überhaupt zu leben. Gebt meine Knochen, alle meine Muskeln, jede Faser und jeden Nerv meines Körpers, und findet eine Lösung, damit ein behindertes Kind gehen kann. Erforscht jeden Winkel meines Gehirns, nehmt alle meine Zellen, lasst sie nötigenfalls wachsen und sich vermehren […]. Verbrennt das, was von mir übrig bleibt, und zerstreut meine Asche in alle vier Himmelsrichtungen, damit sie unsere Erde fruchtbar macht und prächtige Blumen darauf wachsen lässt. Wenn ihr etwas begraben müsst, dann sollen es meine Fehler sein, meine Schwächen und all das, was ich an Schlechtem gegenüber meinen Mitmenschen getan habe. Bietet meine Seele Gott an. Und wenn Ihr dank mir die Chance habt, zu leben, dann erinnert Euch bitte ein wenig an mich. Tut das, indem ihr anderen Menschen helft und dem- oder derjenigen die Hand reicht, die Euch brauchen. Wenn ihr all das macht, um was ich Euch bitte, dann… werde ich für immer leben.«[223]

Auch hier wird der Tod des Organspenders positiv markiert, indem er zur Voraussetzung dafür wird, anderen Menschen zu einem neuen Leben zu verhelfen. Doch die Aussage des Textes geht weit über dieses altruistische Argument hinaus: Die Weitergabe des eigenen Körpers, so die zentrale Botschaft, ermöglicht ein Weiterleben über den Tod hinaus. Der Tote lebt weiter im Andenken derjenigen, die mit seinen Körperteilen weiterleben. Es handelt sich um eine Phantasie, die nicht nur den Glauben an die unbegrenzten Möglichkeiten der Biomedizin beschwört, sondern auch die Vorstellung eines »nützlichen Todes«[224] bis zum Äußersten treibt: Der gesamte Körper wird wiederverwertet; kein biologisches Material soll verloren gehen – bis hin zur Asche, die zu fruchtbarem Nährboden für Blumen wird. Damit stellt sich der Tod ganz in

den Dienst des Lebens. Als solcher ist er kein Sterben mehr, sondern der Beginn von neuem Leben, womit aus dem »Sterbebett« ein »Lebensbett« wird.

Unsterblich ist der Spender also nicht nur in der Erinnerung, sondern auch auf einer biologischen Ebene. Der Autor entwirft ein phantasmatisches Szenario, das den Tod zur Lebensquelle umdeutet. Die Phantasie von der Auferstehung, der Überwindung der Sterblichkeit, betrifft nicht nur den Empfänger, sondern wird auf den Spender ausgedehnt. Auch wenn der Autor seine Seele für Gott vorgesehen hat: Die Unsterblichkeit ist in einer entzauberten Welt nicht primär transzendental, sondern im Mythos einer wissenschaftlich-technischen Manipulierbarkeit des menschlichen Lebens begründet. Die Medizin tritt an die Stelle Gottes.

4.5 Die Wirksamkeit der moralischen Ökonomie der Organspende

»Die Organspende: notwendig, nützlich und Ausdruck einer hohen ethischen Haltung.« Dies sollte laut einem PR-Konzept zu Beginn der 1990er Jahre die wichtigste »Schlüssel-Botschaft« einer kommenden Swisstransplant-Kampagne sein.[225] Ich habe gezeigt, wie die Organspende in den Informationskampagnen aber auch in der medialen Berichterstattung während der späten 1980er und der 1990er Jahre als moralisch gute Tat konzipiert wurde – als altruistisches Geschenk des Lebens, als Akt der Nächstenliebe und als Dienst an der Gemeinschaft. Dabei wurde der Tod des Spenders zu einem sinnvollen, nützlichen und produktiven Tod stilisiert, der neues Leben schafft. Der Chefredaktor der Zeitschrift *Re-naissance* brachte diese Organspende-Moral wie folgt auf den Punkt:

»Es stellt sich die grundsätzliche Frage: Was soll Vorrang haben, der Tod oder das Leben, die Ichbezogenheit oder die Selbstlosigkeit? Diese Frage stellt sich angesichts der Vielzahl jener, die, einen sicheren Tod vor Augen, hoffen, dank einer Organverpflanzung ihrem unheilvollen Schicksal zu entkommen und wieder voll lebensfähig zu sein. Hier wie auch in anderen Bereichen geht es um eine grundsätzliche Entscheidung: Welche Gesellschaftsordnung wünschen wir, welches Verhalten entspricht der Würde unseres gesellschaftlichen Zusammenlebens am besten? Eine lebensbejahende Antwort drängt sich förmlich auf.«[226]

Der Autor reduziert die komplexe Problematik der Organspende auf ein grundsätzliches moralisches Dilemma mit nur zwei Alternativen: Wer spendet, ist altruistisch – wer nicht spendet, ist egoistisch. Und: Wer spendet, unterstützt das Leben, wer nicht spendet, den Tod. Das gilt nicht nur für das Individuum, sondern für die ganze Gesellschaft. Ichbezogenheit oder Selbstlosigkeit? Le-

ben oder Tod? Auf diese zwei Fragen lässt sich der Diskurs der guten Spende herunterbrechen. Dabei wird ersichtlich, dass die moralische Aufladung der Organspende in einer doppelten Weise funktioniert: Das Spenden wird nicht nur positiv konnotiert, sondern gleichzeitig das Nicht-Spenden negativ. Wer eine Spende verweigert, so die implizite Behauptung, macht sich mitschuldig am Tod seiner Mitmenschen.

Hier schließt der moralische Organspende-Diskurs an den ökonomischen Diskurs des Organmangels an. Voraussetzung dafür ist, dass der Organmangel als Ursache für Leiden und Tod postuliert wird, wie bereits im Kapitel 3.2 gezeigt wurde. Wenn »Hunderte von Lebenswilligen sterben müssen, weil sie kein Organ einer verstorbenen Person erhalten konnten«, wie der Präsident von Les As de Coeur 1992 schrieb,[227] dann ist die Verweigerung der Spende nicht nur eine »Organverschwendung«[228], sondern kommt einem Todesurteil für Patienten gleich, die eigentlich hätten gerettet werden können. Gemäß dieser Logik verschiebt sich die Verantwortung für das Leben der Patienten von ihrer Krankheit oder ihren Ärzten hin zu allen Menschen als potentielle Organspender. Statistische Angaben zum Tod auf der Warteliste wurden oft bei Werbeaktionen für die Organspende herangezogen: »1995 starben 39 Menschen in der Schweiz, die auf ein neues Organ warteten – meist jüngere Menschen, Väter, Mütter. Wir müssen alles unternehmen, damit die Organspende eine breitere Akzeptanz findet«, mahnte etwa der Swisstransplant-Präsident 1996 an einer Pressekonferenz.[229]

Die Moralisierung der Organspende hat also zwei sich ergänzende Effekte: Sie verspricht dem Spender einerseits einen moralischen Prestige-Gewinn, indem ihn die Spende bzw. die Absichtserklärung zur Spende als moralisch vorbildliche Person auszeichnet. Andererseits droht sie im Falle einer Weigerung umgekehrt mit einem Verlust moralischer Integrität und einem schlechten Gewissen. Diese moralische Ökonomie offenbart sich in einer Episode aus der im deutschsprachigen Raum populären ZDF-Fernsehserie Schwarzwaldklinik von 1989.[230] Es geht darin um den Neffen des Chefarztes, Professor Brinkmann, dem nur noch die Transplantation einer Niere das Leben retten kann. Es wird ein hirntoter Mann in die Intensivstation eingeliefert, der als Spender in Frage käme. Doch dessen Ehefrau verweigert trotz aller Überzeugungsversuche der Ärzte die Organspende ihres Mannes. Darauf entschließt sich Professor Brinkmann, seinen Neffen mit einer Lebendspende zu retten.

Die Figurenkonstellation der Episode ist eindeutig: Der bedrohte Neffe bietet sich als Zielscheibe für emphatisches Mitfühlen an. Brinkmann kommt die Rolle des bescheidenen, selbstlosen und mutigen Helden zu. Die Ehefrau, welche die Anti-Organspende-Haltung repräsentiert, fungiert dagegen als seine Antagonistin. Sie verweigert dem kranken Sympathieträger das lebensrettende Organ und stellt sich damit gegen das gesamte medizinische Personal, das die Organspende propagiert. Brinkmann zeigt zwar Verständnis für ihr Verhalten,

weist sie aber auf ihre moralische Verantwortung hin: »Ich wäre sicher genau so entsetzt wie Sie. Aber ich wäre froh, wenn mich jemand hindern würde, ein Todesurteil auszusprechen.« Dass das Handeln der Ehefrau moralisch diskreditiert ist, zeigt sich auch, als sie später selber verletzt ins Krankenhaus eingeliefert wird, die Missgunst des Personals zu spüren bekommt und endlich ihren Fehlentscheid einsieht.

Die Organspende als moralische Norm?

Das Beispiel der Schwarzwaldklink-Episode zeigt ebenso wie der oben erwähnte Organspende-Song, dass der Diskurs der guten Spende auch Eingang in die massentaugliche Populärkultur fand, die dessen moralische Botschaft auf unterhaltsame, aber sehr emphatische Weise transportierte.[231] Es war das erklärte Ziel der Kampagnen-Verantwortlichen, die Organspende als moralische Norm und damit als etwas Selbstverständliches zu etablieren. Sie müsse zu einem »natürlichen und humanitären Akt« werden, proklamierte die Charta, welche Swisstransplant am Nationalen Tag von 1994 Bundesrätin Dreifuss überreichte.[232] Und der Swisstransplant-Präsident erklärte, die Organspende solle »aus einem Stadium heraustreten, in dem sie nur eine Geste der Solidarität und Grosszügigkeit einiger weniger darstellt, um in unserer Gesellschaft eine allgemein übliche Handlung zu werden.«[233]

Wurde dieses Ziel erreicht? Setzte sich die Organspende als moralische Norm gesellschaftlich durch? Oder anders gefragt: Erlangte der Diskurs der guten Spende in den 1990er Jahren eine hegemoniale Position? Die soziologische Literatur – hier alles Studien für Deutschland –behauptet tatsächlich eine gesellschaftliche Hegemonie der positiven Deutung der Organspende: Eine Allianz aus (Teilen der) Bevölkerung sowie Transplantierten und Transplanteuren, so schrieb Martina Spirigatis 1997, lasse eine – radikale – Kritik an der Transplantationsmedizin nicht nur schwierig, sondern beinahe unmöglich erscheinen. Der wissenschaftliche und mediale Diskurs sei weitgehend von einer »Jubel-Propaganda« beherrscht.[234] Torsten Junge konstatierte 2001, dass der Diskurs der Transplantationsmedizin mittels der Machttechniken der Disziplinierung und Normierung ein ihr gefügiges, spendewilliges Subjekt konstituiere: »Die permanente Einbringung des Themas in die öffentliche Diskussion, die zusätzliche Aufladung mit symbolischen Gehalten, die Heranziehung von ausgewählten Experten, der Anreiz der ›Heiligsprechung‹ der Spender und die Einbindung des Subjekts in ein Netz spezifischer Partial-Verantwortung bringen ein für die Transplantationsmedizin handhabbar gemachtes Subjekt hervor.«[235] Ein Rückzug aus dieser »allumfassenden Diskursivierung« – in medizinischen Kontexten, verschiedenen Medien und Expertendiskursen der Theologie, Politik, Gesundheitsfürsorge und Ethik – sei nahezu unmöglich.[236] Verschiedene Autorinnen weisen außerdem auf den gro-

ßen moralischen Druck zur Spende hin, und zweifeln an, ob es sich angesichts dieses Drucks noch um eine freie Entscheidung handle.[237]

Hohe Akzeptanz

Trifft diese Vorstellung einer nahezu totalen Verfügung der transplantationsmedizinischen Bio-Macht über die Subjekte zu? Hat sich die Transplantationsmedizin die Individuen gleichsam in einem radikalen Medikalisierungs-Prozess unterworfen und gefügig gemacht? Etablierte sich eine moralische Pflicht zum Spenden, eine »Sozialpflichtigkeit des Körpers«[238]? Wenden wir uns unserem Untersuchungsraum, der Schweiz, zu: Es finden sich tatsächlich viele Anhaltspunkte, die für eine Hegemonie des Diskurses der guten Organspende sprechen. Bereits 1987 erklärte der Lausanner Transplantationschirurg François Mosimann, dass es an der grundsätzlich wohlwollenden Haltung der Schweizer Öffentlichkeit gegenüber der Organspende keine Zweifel gäbe. Es existiere keine einzige Interessengruppe, die sich den Anstrengungen der Transplantation widersetze.[239] Acht Jahre später gelangte der Rotkreuzchefarzt Rolf-Peter Mäder zu einer ähnlichen Einschätzung: Die Transplantationsmedizin sei als Tatsache von einem Großteil unserer Bevölkerung akzeptiert. Ethische Vorbehalte würden nur selten und ausschließlich von Minderheiten vorgebracht.[240]

Meinungsumfragen bestätigten diese Einschätzung: Drei Studien über die Einstellung zur Organtransplantation, die der Präventivmediziner Felix Gutzwiller 1993, 1994 und 1995 durchführte, kamen zum Ergebnis, dass die Organtransplantation bei der Schweizer Bevölkerung eine hohe, wenn auch sinkende Akzeptanz genieße: 80, 77 und 73 Prozent der Befragten bezeichneten sich als Befürworter der Organtransplantation.[241] Befragungen von Schweizer Rekruten in sechs Jahren zwischen 1989 und 1998 ergaben, dass durchschnittlich 61.5 Prozent zu einer postmortalen Organspende bereit waren, während nur 12.7 Prozent sich weigerten und 25.9 unentschlossen waren.[242]

Auch ein Überblick über die Medienberichterstattung in den späten 1980er und den 1990er Jahren zeugt von einer weitgehenden Akzeptanz: Fundamentalkritik am medizinischen Verfahren der Organtransplantation oder am Prinzip der Organspende gab es nur vereinzelt.[243] Die linke *Wochenzeitung*, die sich mehrmals sehr kritisch mit der Organtransplantation und der Organspende auseinandersetzte,[244] konstatierte 1998: »Die Schlacht ist verloren.« Das Hirntod-Kriterium scheine »normalisiert«; grundsätzliche Einwände gegen die Organtransplantation schienen nicht mehr opportun und würden nun abgelöst von Fragen des Modus und der Verfahren.[245]

Zwar mehrten sich – wie wir noch sehen werden – im Laufe der 1990er Jahre Stimmen, die den moralischen Impetus der Organspende-Kampagnen kritisch hinterfragten und auf die mit der Organspende verbundenen ethi-

schen Probleme und das ihr inhärente Missbrauchspotential aufmerksam machten.[246] Doch die Deutung der Organspende als moralisch gute Tat, als Geschenk des Lebens, setzte sich im öffentlich-medialen Diskurs dessen ungeachtet weitgehend durch. Viele Zeitungen und auch das Fernsehen übernahmen die wichtigsten Motive und Argumente der Informationskampagnen und ließen deren Urheber zu Wort kommen.[247] Die zahlreichen Empfänger-Geschichten, aber auch andere Berichte über die Organtransplantation waren meist mit mehr oder weniger expliziten Aufrufen zur Organspende verbunden – oft mit Angabe von Adresse und Telefonnummer zur Bestellung eines Spenderausweises.[248]

Als Indiz für eine gesellschaftliche Wirksamkeit der Deutung der Organspende als moralisch gute Tat kann auch der Fall eines landesweit bekannten Sexualstraftäters gelten, der 1996 versuchte, eine seiner Nieren zu spenden: Der Untersuchungshäftling betonte in einem Brief an die Zeitung *Der Bund*, sein Entschluss zur Spende sei »geprägt vom Verlangen, ein wenig von meiner Schuld abzutragen und meinem Dasein wieder ein klein wenig Sinn zu geben«. Das Inselspital Bern lehnte die Offerte ab.[249] *Blick* berichtete 1998 von einem Schweizer Doppelmörder, dessen Organe nach seinem Tod zur Transplantation freigegeben wurden. Die Zeitung zitierte den Bruder des Spenders wie folgt: »Die Tat kann zwar nicht rückgängig gemacht werden. Aber vielleicht hilft sein Herz einem anderen.«[250] Offenbar bot sich eine Organspende geradezu an, um eine moralische Schuld abzutragen, um der Gemeinschaft etwas zurückzugeben. Als altruistische, soziale und moralisch hochstehende Geste versprach sie moralische wie soziale Läuterung und Wiedergutmachung.

Ein Rätsel

Vieles deutet also auf eine Hegemonie des Diskurses der guten Spende hin. Vieles spricht dafür, dass sich die Organspende tatsächlich als Inbegriff einer moralisch guten Tat etablierte. Und trotzdem wäre es falsch zu behaupten, dass der Organspende-Diskurs der Transplantationsmedizin gefügige, spendewillige Subjekte hervorbrachte. Die wichtigsten Indikatoren erzählen, wie wir weiter oben bereits festgestellt haben, eine ganz andere Geschichte: Ab 1987, also just als die erste Aufklärungskampagne einsetzte, brachen die Spenderzahlen ein. In der Folge konnte diese Tendenz nicht korrigiert werden, im Gegenteil: Die Anzahl der postmortalen Organspender ging weiter zurück, wobei 1996 – nicht lange nach der großen Organspende-Demonstration in Bern – ein vorläufiger Tiefpunkt erreicht wurde. In der gleichen Zeitspanne nahm auch die Ablehnung der Organspende durch die Angehörigen in den Krankenhäusern tendenziell zu.[251] Und »nur ein Bruchteil der Bevölkerung« trug Mitte der 1990er Jahre einen Spenderausweis[252] – laut Gutzwillers Umfragen rund 10 Prozent.[253] Im internationalen Vergleich der Organspende-Raten fand sich

die Schweiz auf den hinteren Rängen wieder.[254] Die Zuversicht der Schweizer Ärzte anfangs der 1970er Jahre, dass die Organspende durch Aufklärung und Erziehung der Bevölkerung bald etwas Selbstverständliches sein werde, wurde bitter enttäuscht.

Am Ende dieses Kapitel stehen wir also vor einem Rätsel. Es besteht in der Diskrepanz, der Lücke zwischen einem dominanten Organspende-Diskurs und einer abnehmenden Spende-Praxis. Auch Vertreter der Transplantationsmedizin registrierten diese paradoxe Situation – verwundert und mit einer gewissen Ratlosigkeit: Meinungsumfragen zufolge seien rund 70 Prozent von Ärzten, Krankenschwestern und der allgemeinen Bevölkerung mit dem Konzept der Organspende und -transplantation einverstanden, konstatierten zwei Ärzte 1997 in einer Studie. Es scheine deshalb überraschend, dass die Zahl der Spender stagniere oder abnehme, speziell nach vielen offenbar erfolgreichen Sensibilisierungs-Kampagnen.[255] Und im Swisstransplant-Jahresbericht 2002 schrieb Präsidentin Trix Heberlein: »Unser Land bildet innerhalb Europas das unrühmliche Schlusslicht der Anzahl Spender pro mio [sic!] Einwohner – dies, obwohl die Organspende gemäss Umfragen in der Bevölkerung eine grosse Akzeptanz geniesst!« Die primäre Aufgabe müsse sein, diesen Widerspruch zu verstehen, seine Gründe zu analysieren und die inakzeptable Situation für die Patienten auf der Warteliste zu verbessern.[256]

Das folgende Kapitel soll dazu beitragen, diesen Widerspruch aus historischer Perspektive zu verstehen. Ich werde argumentieren, dass nicht alles Sprechen über die Transplantationsmedizin im Diskurs der guten Organspende aufging: Der moralisch-normative Organspende-Diskurs war zwar hegemonial, wurde aber von anderen Narrativen begleitet, die gleichsam seine Kehrseite, seinen dunklen Schatten bildeten. Im Zentrum dieser Geschichten, die von einer unheimlichen, illegitimen und gewaltsamen Organtransplantation erzählen, standen die Motive des Organraubs und des Organhandels.

Anmerkungen

1 | Sowohl in internen Swisstransplant-Dokumenten als auch in der Presse wurde der Anlass als »Demonstration« bezeichnet. Vgl. Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 4 sowie Demonstration für Organspenden, in: Tages-Anzeiger, 12.9.1994.

2 | Vgl. Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 4f.

3 | Vgl. Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 2. juin 1995, Swisstransplant-Archiv, S. 2f. sowie Brief von Philippe Morel an das medizinische und paramedizinische Personal in der Schweiz, Genf 23.5.1995, Swisstransplant-Archiv.

4 | Organspende in der Schweiz, in: SÄZ, 14.10.1987, S. 1821.

5 | Vgl. Aufruf: »Organe spenden – Leben schenken«, in: Der Bund, 15.10.1987; »Organe spenden – Leben schenken«, in: NZZ, 15.10.1987 sowie Organspenden als Selbtsverständlichkeit?, in: Basler Zeitung, 15.10.1987.
6 | Swisstransplant, Organspende: Sponsoring-Konzept, 5.9.1986, SAMW-Archiv, S. 1.
7 | PR-Skizze zur Popularisierung der Organspende, Ein Gemeinschaftsprojekt der Swisstransplant und der Lions Clubs Schweiz-Lichtenstein, Zürich 9.4.1986, SAMW-Archiv, S. 1.
8 | Sogenannte Service-Clubs wie die Lions Clubs International waren Institutionen, in denen sich viel soziales und ökonomisches Kapital konzentrierte (zur sozialen Funktion von Service Clubs vgl. Gradinger 2007). Die Lions Clubs-Bewegung in der Schweiz bestand 1987 aus 156 Clubs mit rund 9000 Mitgliedern (vgl. Organspende in der Schweiz, in: SÄZ, 14.10.1987, S. 1821). Wie viel Geld der Lions Club in die Organspende-Kampagne einfließen ließ, lässt sich aufgrund der mir vorliegenden Quellen nicht genau bestimmen. Ein Protokoll von 1987 spricht von 300.000 Franken. Ärzte im Club erhielten einen persönlichen Brief mit Bitte um Mitarbeit in der Kampagne (vgl. Swisstransplant, Procès verbal de la réunion du Conseil de Fondation à Bern, le 10. Mars 1987, Swisstransplant-Archiv, S. 3; Quartalsbericht STAN Juni-August 1988, Zürich 20.9.1988, Swisstransplant Archiv sowie Lipizzaner unterstützen Organspendeaktionen, in: Sandoz Gazette, August 1988, S. 9).
9 | Der Stiftungsrat sollte sich laut den Gründungsstatuten aus folgenden Mitgliedern zusammensetzen: Den Präsidenten der Swisstransplant-Arbeitsgruppen, Vertretern der Kantone Basel, Bern, Genf, St. Gallen, Waadt und Zürich, einem Vertreter aus Bankkreisen, einem Vertreter der Industrie, einem Vertreter der SAMW sowie einem Vertreter der Krankenkassen. Vgl. Swisstransplant, Acte de Fondation, SAMW-Archiv, S. 3.
10 | Vgl. Swisstransplant, in: SÄZ, 26.2.1986, S. 298.
11 | Largiadèr 1987, S. 1825.
12 | Vgl. PR-Skizze zur Popularisierung der Organspende, Ein Gemeinschaftsprojekt der Swisstransplant und der Lions Clubs Schweiz-Lichtenstein, Zürich 9.4.1986, SAMW-Archiv, S. 5 u. 8.
13 | Vgl. Protokoll der Jahresversammlung der STAN vom Mittwoch, 27.6.1990 im Inselspital Bern, Swisstransplant-Archiv, S. 5.
14 | Vgl. Swisstransplant, Procès verbal de la réunion du Conseil de Fondation à Bern, le 4. juin 1986, Genf 13.6.1986, Swisstransplant-Archiv, S. 2 sowie Swisstransplant, Procès verbal de la réunion du Conseil de Fondation à Bern, le 10. mars 1987, Swisstransplant-Archiv, S. 3.
15 | Brief vom STAN-Präsidenten an alle STAN-Mitglieder, Lagebericht Mitte April 1987 und Vorbereitung auf STAN-Sitzung, Basel 21.4.1987, Swisstransplant-Archiv.
16 | Der Vorschlag sei »psychologisch inopportun«, da Lions Club 300.000 Franken zum Projekt beitrage, bemerkte ein Vorstands-Mitglied. Swisstransplant, Procès verbal de la réunion du Conseil de Fondation à Bern, le 10. Mars 1987, Swisstransplant-Archiv, S. 3.

17 | Brief an die Mitglieder der Stiftung Swisstransplant, Zürich 18.9.1987, Swisstransplant-Archiv.

18 | Vgl. Lions Club International, Organspende: Stand der Dinge, Zürich 16.9.1987, Swisstransplant-Archiv sowie Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern vom 13. Juni 1989, Bern 22.6.1989, Swisstransplant-Archiv, S. 1.

19 | Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern vom 13. Juni 1989, Bern 22.6.1989, Swisstransplant-Archiv, S. 1.

20 | In Schaffhausen, Schlieren, Genf und Lugano wurden Telefonzentralen installiert, die Anfragen nach Spenderausweisen und Informationsmaterial entgegennahmen. Vgl. Lions Club International, Organspende: Stand der Dinge, Zürich 16.9.1987, Swisstransplant-Archiv sowie Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 2.

21 | So erschienen im Jahr 1989 laut Protokoll des Swisstransplant-Stiftungsrates über 800 Gratisinserate und mehr als 120 Artikel über die Organspende. Vgl. Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern vom 13. Juni 1989, Bern 22.6.1989, Swisstransplant-Archiv, S. 2.

22 | Vgl. Departement Chirurgie der Universität Basel, Jahresbericht 1988, S. 27.

23 | Vgl. Organspende in der Schweiz, in: SÄZ, 13.6.1990, S. 1006 sowie »Ersatzteile« gesucht, in: Tages-Anzeiger, 13.6.1990.

24 | Vgl. Transplantation: Es mangelt an Organen von Spendern, in: Basler Zeitung, 3.3.1992 sowie Jahresbericht Universitätsspital Zürich 1982, S. 39.

25 | Vgl. die Medienmitteilung: Swisstransplant, Nationaler Tag der Organspende und Transplantation, Genf 24.8.1995, Swisstransplant-Archiv sowie Swisstransplant, Newsletter: Nationaler Tag der Transplantation und Organspende, Genf 9.10.1995, Swisstransplant-Archiv. Als Beispiele für die vielen Medien-Berichte vgl. »Eigentlich wäre ich ja schon dafür, aber…«, in: Aargauer Tagblatt, 9.9.1995 sowie Tages-Anzeiger, 11.9.1995.

26 | Vgl. Erster europäischer Tag der Organspende und Transplantation, Genf 14.9.1996, Programm, Swisstransplant-Archiv.

27 | Swisstransplant, Conférence de presse annuelle du 13. Janvier 1994, Conférence du Dr. Philippe Morel, Résumé des activités de la transplantation suisse pour l'année 1993 et commentaires, Swisstransplant-Archiv.

28 | Transplantation d'organes: les Suisses dans l'ignorance, in: Le Nouveau Quotidien, 12.9.1994.

29 | Swisstransplant, Campagne nationale de communication 1994/1995, Swisstransplant-Archiv.

30 | Das Treffen von Crans-Montana, in: Re-naissance 6, Januar 1993, S. 4.

31 | Noch immer fehlt es vor allem an Spendern, in: Weltwoche, 8.9.1988. Eine sehr ähnliche Argumentation findet sich in: Schweizer spenden zuwenig Organe, in: Der Bund, 28.2.1998; Herz-Transplantation: Geschenktes Leben, in: Der Schweizerische Beobachter, 9.7.1999 sowie bei Mosimann 1987, S. 424.

32 | Vgl. PR-Skizze zur Popularisierung der Organspende, Ein Gemeinschaftsprojekt der Swisstransplant und der Lions Clubs Schweiz-Lichtenstein, Zürich 9.4.1986, SAMW-Archiv, S. 2 sowie Swisstransplant, Organspende: Sponsoring-Konzept, 5.9.1986, SAMW-Archiv, S. 1.

33 | Wo immer die Organentnahme zum Thema werde, entwickle sich eine heftige Debatte, schrieb *Der Bund* 1994. Vgl. Wo spenden fehlen, tut sich ein Markt auf, in: Der Bund, 5.9.1994.

34 | Dringenberg 1992, S. 14.

35 | In einem Brief berichtete die zuständige PR-Agentur an Swisstransplant, dass »auch 1992« die Medienbeobachtung gratis durch ein professionelles Unternehmen erfolge. Vgl. Brief von PR-Agentur an Swisstransplant, 14.1.1992, Swisstransplant-Archiv. Von einem regen Interesse für die Presseberichterstattung zeugen auch die zahlreichen Zeitungsartikel aus den 1980er und 1990er Jahren, die im Archiv der Stiftung Swisstransplant dokumentiert sind.

36 | Wege zur Förderung der Organspende, in: Re-naissance 14, Oktober 1995, S. 27.

37 | Schweizer spenden zuwenig Organe, in: Der Bund, 28.2.1998.

38 | Der Handel mit Spenderorganen von Kindern: Ein Schauermärchen, in: Re-naissance 15, Februar 1996, S. 13.

39 | Candinas 1997, S. 1224.

40 | Guy-Olivier Segond, Organtransplantation als Akt der Solidarität und des nationalen Bürgerbewusstseins, in: Programmheft zum Nationalen Tag der Transplantation und Organspende 1994, Swisstransplant-Archiv. Derselbe Text erschien in: Re-naissance 12, Juni 1994, S. 3f.

41 | Transplantation d'organes: les Suisses dans l'ignorance, in: Le Nouveau Quotidien, 12.9.1994.

42 | Vgl. SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 10. Sitzung vom 16.9.1971, SAMW-Archiv, S. 3 sowie SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 11.

43 | Vgl. SAMW, Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Protokoll der 8. Sitzung vom 19.3.1970, SAMW-Archiv, S. 10.

44 | Medienmitteilung: Swisstransplant, Nationaler Tag der Organspende und Transplantation, Genf 24.8.1995, Swisstransplant-Archiv.

45 | Vgl. Wäfler 2009, S. 6f.

46 | Bundesamt für Gesundheit 2007.

47 | Swisstransplant, Pressekonferenz vom 18. Januar 1996 im Universitätsspital Zürich, Referat von Prof. Dr. Philippe Morel, Zürich, Januar 1996, Swisstransplant-Archiv.

48 | Brief vom STAN-Präsidenten an alle STAN-Mitglieder, Lagebericht Mitte April 1987 und Vorbereitung auf STAN-Sitzung, Basel 21.4.1987, Swisstransplant-Archiv, S. 4.

49 | Departement Chirurgie der Universität Basel, Jahresbericht 1988, S. 27.

50 | Muller 1993, S. 13.

51 | Salzkorn, in: St. Galler Tagblatt, 9.9.1995.

52 | Leserbrief, in: St. Galler Tagblatt, 16.9.1995.
53 | Vgl. Wehling 2008; Lemke/Wehling 2009, S. 83ff. sowie Stollberg 2001, S. 58ff.
54 | Vgl. Wehling 2008, S. 260f.; Junge 2008, S. 371ff.; Rose 2009, S. 174f. sowie Lemke 2007, S. 130f.
55 | Vgl. PR-Skizze zur Popularisierung der Organspende, Ein Gemeinschaftsprojekt der Swisstransplant und der Lions Clubs Schweiz-Lichtenstein, Zürich 9.4.1986, SAMW-Archiv, S. 5ff.; Swisstransplant, Organspende: Sponsoring-Konzept, 5.9.1986, SAMW-Archiv, S. 1; Swisstransplant, Campagne nationale de communication 1994/1995, Swisstransplant-Archiv, S. 8ff. sowie Brief an die Mitglieder der Stiftung Swisstransplant, Zürich 18.9.1987, Swisstransplant-Archiv.
56 | Wenger Kommunikations SA, Conférence de presse annuelle de Swisstransplant, Perspectives, o. D., Swisstransplant-Archiv.
57 | Wehling 2008, S. 257f. Auch Rose betont, dass die Fähigkeit, moralische Entscheidungen in biomedizinischen Fragen zu treffen, im Zuge aller möglichen Regulierungsmaßnahmen erst hervorgebracht werden müsse. Vgl. Rose 2009, S. 174f. sowie Rose 2007, S. 73ff.
58 | Das Konzept der Anrufung geht auf Louis Althusser zurück und wurde später unter anderem von Judith Butler aufgenommen. Althusser ging davon aus, dass Individuen durch die Ideologie als Subjekte hervorgebracht und damit gleichzeitig unterworfen würden. Als Mechanismus dieser Subjektwerdung bestimmte er die Anrufung, deren Funktionsweise sich anhand des an einen Passanten gerichteten Rufs eines Polizisten illustrieren lässt (»He, Sie da!«). In dem Moment, in dem sich ein Individuum als angesprochen erkennt und umdreht, wird es zum Subjekt. Butler versteht die Anrufung als performativen Akt, mittels dessen das Subjekt im Rahmen einer symbolischen Ordnung hervorgebracht wird. Die Anrufung geht bei ihr immer mit der Aufforderung einher, eine Identität anzunehmen oder zu verwerfen. Das Konzept der Anrufung macht die Paradoxie der Subjektwerdung deutlich: So konstituiert sich ein sich als frei und autonom verstehendes Subjekt indem es gleichzeitig einer symbolischen Ordnung und damit einer Machtstruktur unterworfen wird. Vgl. Althusser 1977 sowie Butler 2001.
59 | Zum Verhältnis von Freiheit und Macht im Liberalismus vgl. Foucault 2004a, S. 77ff. Vgl. auch Sarasin 2005, S. 178ff. sowie Junge 2008, S. 371ff.
60 | Transplantation d'organes: les Suisses dans l'ignorance, in: Le Nouveau Quotidien, 12.9.1994.
61 | Swisstransplant, Campagne nationale de communication 1994/1995, Swisstransplant-Archiv, S. 6.
62 | Swisstransplant, Pressekonferenz vom 18. Januar 1996 im Universitätsspital Zürich, Kurz-Kommentar, 10.4.1996, Swisstransplant-Archiv.
63 | Vgl. etwa die Medienmitteilung: Swisstransplant, Nationaler Tag der Organspende und Transplantation, Genf 24.8.1995, Swisstransplant-Archiv.
64 | Pichlmayr 1991, S. 22.
65 | Vgl. Warum diese Stiftung?, in: Re-naissance 2, Februar 1992, S. 5f. Laut einem Swisstransplant-Protokoll von 1990 arbeiteten der Verein und die Stiftung Les As

de Coeur eng zusammen. Das Protokoll von 1994 erwähnt jedoch auch Spannungen zwischen den beiden Partnerorganisationen (vgl. Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern vom 12. Juni 1990, Swisstransplant-Archiv, S. 5 sowie Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 6).

66 | Swisstransplant-Mitglieder befürchteten, dass sich die gleichzeitige Lancierung zweier Spenderausweise kontraproduktiv auswirke, da sie in der Öffentlichkeit und in den Medien Verwirrung stifte. Zudem sorge »die Sonderaktion der As de Coeur« bei den »Sponsoren« für Unzufriedenheit. Swisstransplant bat deshalb Les As de Coeur, ihren Ausweis zugunsten des eigenen zurückzuziehen. Vgl. Swisstransplant, Procès verbal de la réunion du Conseil de Fondation à Bern, le 2. décembre 1987, Swisstransplant-Archiv, S. 2 sowie Brief an die Mitglieder des Stiftungsrats der Stiftung Swisstransplant, Zürich 18.9.1987, Swisstransplant-Archiv.

67 | Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern vom 13. Juni 1989, Bern 22.6.1989, Swisstransplant-Archiv, S. 3. Vgl. auch Swisstransplant, Procès verbal de la réunion du Conseil de Fondation à Bern, le 2. décembre 1987, Swisstransplant-Archiv, S. 2f. sowie Quartalsbericht STAN Juni – August 1988, Zürich 20.9.1988, Swisstransplant Archiv.

68 | Vgl. Swisstransplant, Procès verbal de la réunion du Conseil de Fondation à Bern, le 2. décembre 1987, Swisstransplant-Archiv, S. 2; Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern vom 13. Juni 1989, Bern 22.6.1989, Swisstransplant-Archiv, S. 2f. sowie Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern vom 12. Juni 1990, Swisstransplant-Archiv, S. 5f.

69 | Vgl. Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern vom 12. Juni 1990, Swisstransplant-Archiv, S. 5 sowie Warum diese Stiftung?, in: Re-naissance 2, Februar 1992, S. 5.

70 | Vgl. Swisstransplant: Geschichte, Entwicklung, Projekte, in: Re-naissance 15, Februar 1996, S. 9.

71 | Vgl. Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern vom 12. Juni 1990, Swisstransplant-Archiv, S. 5.

72 | Vgl. Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern vom 13. Juni 1989, Bern 22.6.1989, Swisstransplant-Archiv, S. 3.

73 | 1993 organisierte die Stiftung Les As de Coeur in Magglingen die Transplant, ein Sportfest für Schweizer Transplantierte, sowie zwei Jahre später die Europäischen Spiele in Lausanne. Vgl. Freude am Leben, in: Sandoz Gazette, September 1993, S. 2f.

74 | Wieso noch eine weitere Zeitschrift?, in: Re-naissance 1, November 1991, S. 3f.

75 | Vgl. Schweizerische Tagung der Transplantation 1993; Das Treffen von Crans-Montana, in: Re-naissance 6, Januar 1993, S. 3f. sowie Gesucht: 400 Nieren, in: Sandoz Gazette, Februar 1993, S. 2f.

76 | Der Verein Les As de Coeur hieß dann offiziell »Schweizerische Vereinigung für Herz- und Lungentransplantierte« (vgl. Patientenvereinigungen, in: Re-naissance 14,

Oktober 1995, S. 5). 2003 entstand erneut ein Schweizerischer Verein der Lungentransplantierten mit dem Namen »Novaria« (vgl. www.novaria.ch [1.1.2012]).

77 | Für die Zielsetzungen der Stiftung Les As de Coeur und von Trans-Hepar vgl. Warum diese Stiftung?, in: Re-naissance 2, Februar 1992, S. 5f. sowie Patientenvereinigungen, in: Re-naissance 14, Oktober 1995, S. 6.

78 | Kids Kidney Care, Jahresbericht 1998, www.kidskidneycare.org/de/portrait/jahresberichte/1998.htm [1.1.2012].

79 | Vgl. Lemke/Wehling 2009, S. 90.

80 | Systematisch wurde der Begriff erstmals 2002 von der Kulturanthropologin Adriana Petryna verwendet. Sie beschreibt, wie Opfer der nuklearen Katastrophe in Tschernobyl – auf der Grundlage ihres biologischen Status – Ansprüche gegen den neu gegründeten Staat Ukraine geltend machten (vgl. Petryna 2002). Zum Konzept der »biologischen Bürgerschaft« vgl. Lemke/Wehling 2009, S. 74; Lemke 2007, S. 125f. sowie Rose 2007, S. 131ff.

81 | Vgl. Feuerstein 1995, S. 317ff.; Hauser-Schäublin u.a. 2001, S. 264ff. sowie Wiebel-Fanderl 2001.

82 | Vgl. Rose 2007, S. 131ff.

83 | Vgl. Warum diese Stiftung?, in: Re-naissance 2, Februar 1992, S. 5.

84 | »Man wird fast übermütig, wenn man diese Gnade erlebt«, in: Der Bund, 3.9.1988.

85 | Freiwilligenarbeit, in: Les As de Coeur News 18, November 2003, S. 16.

86 | Editorial, in: Les As de Coeur News 18, November 2003, S. 3.

87 | Vgl. Rose 2007, S. 6, 8, 22ff. u. 254ff.

88 | Vgl. das Interview mit der Präsidentin: »Wenn wir von der Organentnahme gewusst hätten…«, in: Luzerner Neueste Nachrichten, 16.12.1993.

89 | Vgl. Organhandel und Organentnahmen, in: Weltwoche, 19.3.1995 sowie Recht auf Leben und auf einen würdigen Tod, in: Tages-Anzeiger, 25.1.1999.

90 | Vgl. Lemke/Wehling 2009, S. 90.

91 | Vgl. Lemke/Wehling 2009, S. 91f.

92 | Vgl. Ohne Geld keine Information, in: Re-naissance 18, Oktober 1996, S. 3 sowie Liebe Freunde und Gönner, in: Les As de Coeur News 19, April 2004, S. 7. Während an der Sitzung des Swisstransplant-Stiftungsrates von 1990 die gute finanzielle Lage von Les As de Coeur hervorgehoben wurde, berichteten Swisstransplant-Mitglieder 1994 von finanziellen Problemen der Stiftung (vgl. Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern vom 12. Juni 1990, Swisstransplant-Archiv, S. 5 sowie Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 6).

93 | Vgl. die Broschüre der Stiftung Les As de Coeur »Ja sagen«, o.D, Swisstransplant-Archiv; Konzept »Transplant 93«, o.D., Swisstransplant-Archiv; Freude am Leben, in: Sandoz Gazette, September 1993, S. 2f.; Gesucht: 400 Nieren, in: Sandoz Gazette, Februar 1993, S. 2f. sowie Schweizerische Tagung der Transplantation 1993.

94 | Vgl. Wieso noch eine weitere Zeitschrift?, in: Re-naissance 1, November 1991, S. 3.

95 | Vgl. Die ReNaissance nimmt eine neuen Anlauf, in: Re-naissance 14, Oktober 1995, S. 3f.
96 | Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 2. juin 1995, Swisstransplant-Archiv, S. 4. Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Neulancierung der Zeitschrift durch Sandoz in einem Zusammenhang mit der ein Jahr später erfolgten Fusion mit Ciba-Geigy zur Novartis steht.
97 | Vgl. Wieso noch eine weitere Zeitschrift?, in: Re-naissance 1, November 1991, S. 3 sowie Die ReNaissance nimmt eine neuen Anlauf, in: Re-naissance 14, Oktober 1995, S. 3ff.
98 | Vgl. Lions Club International, Organspende: Stand der Dinge, Zürich 16.9.1987, Swisstransplant-Archiv.
99 | Vgl. die Programm-Broschüren der beiden Symposien vom 28.2.1992 in Basel und vom 10.4.1992 in Zürich, Swisstransplant-Archiv sowie Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 4f.
100 | Vgl. Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 4.
101 | Vgl. Informationsbroschüre EDHEP, hg. von Swisstransplant u. EDHEP, Swisstransplant-Archiv.
102 | Vgl. etwa Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 5.
103 | Für die internen Dokumente aus dem Firmenarchiv der Novartis AG, das auch die Bestände der Sandoz AG umfasst, besteht eine Sperrfrist von 30 Jahren.
104 | Ab Mitte der 1990er Jahre wurden Sandimmun und Neoreal zunehmend auch gegen Autoimmunkrankheiten wie chronische Polyarthritis oder Psoriasis eingesetzt.
105 | Alle Angaben zur wirtschaftlichen Bedeutung von Sandimmun für Sandoz entstammen Zeller 2001, S. 309ff., 445 u. 541.
106 | Der Pharmakonzern Roche finanzierte zum Beispiel Mitte der 1990er Jahre die Informations-Broschüre »Von einem Leben zum anderen« von Swisstransplant oder 2004 die Broschüre »Organspende rettet Leben« von Les As de Coeur, in deren ab 1998 erscheinenden Zeitschrift »News« er regelmäßig inserierte (vgl. Swisstransplant, Von einem Leben zum Anderen, o.D., Swisstransplant-Archiv sowie Neues Layout, in: Les As de Coeur News 19, April 2004, S. 4). Astellas war unter anderem Sponsor der 2002 gegründeten Organisation Tackers, die in der Schweiz Ferienlager für transplantierte Kinder organisierte (vgl. www.tackers.org [1.8.2011]). Zudem unterstützte das Unternehmen auch Projekte der Stiftung Swisstransplant.
107 | Vgl. Niere, Herz und Leber, in: Weltwoche, 24.3.1994 sowie »Herzen haben wir immer zu wenig, und zwar weltweit«, in: Sonntags-Zeitung, 29.5.1994.
108 | Bei den Veranstaltungen handelte es sich in erster Linie um wissenschaftlich-medizinische Tagungen. In den internen Publikationen warb Sandoz ebenfalls für die Organspende. Sandoz-Mitarbeiter konnten den Spenderausweis an den Eingängen der Sandoz in Basel und Muttenz beziehen. Vgl. Organe spenden – Leben schenken!, in: Sandoz Gazette, Oktober 1987, S. 11f. Vgl. auch Lipizzaner unterstützen Organspen-

deaktionen, in: Sandoz Gazette, August 1988, S. 9; Gesucht: 400 Nieren, in: Sandoz Gazette, Februar 1993, S. 2f.; Freude am Leben, in: Sandoz Gazette, September 1993, S. 2f.; Der Mangel an Spendeorganen müsste nicht sein!, in: Sandoz Gazette, September 1994, S. 2f.; Wege zur Förderung der Organspende, in: Sandoz Gazette, März 1995, S. 5; Es fehlt an Spenderorganen, in: Sandoz Gazette, April 1996, S. 10 sowie Organmangel – Schattenseite der Transplantation, in: Sandoz Bulletin 107, 1995, S. 17ff.

109 | Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 5.

110 | Neues Layout, in: Les As de Coeur News 19, April 2004, S. 4.

111 | Zur »politischen Ökonomie der Hoffnung« vgl. Rose 2007, S. 26f. u. 135f. sowie Novas 2006.

112 | Vgl. etwa Mit einem »fremden« Herzen in ein »neues« Leben, in: Der Bund, 15.10.1987; »Sie haben jetzt halt ein neues, ein junges Herz«, in: Berner Zeitung, 2.2.1988; »Man wird fast übermütig, wenn man diese Gnade erlebt«, in: Der Bund, 3.9.1988; Es ist nicht Karl Thommens Herz, das für den Sport schlägt, in: Basler Zeitung, 8.1.1992; Ein neues Herz für den Beginn eines zweiten Lebens, in: Sonntags-Zeitung, 7.8.1994; »Ich kann's noch gar nicht richtig fassen«, in: Tages-Anzeiger, 12.9.1994; Einer, dem das Herz geschenkt wurde, in: Der Landbote 6.12.1997.

113 | Vgl. zum Beispiel »Eigentlich wäre ich ja schon dafür, aber…«, in: Aargauer Tagblatt, 9.9.1995 sowie Freude am Leben, in: Sandoz Gazette, September 1993, S. 2f.

114 | Vgl. Pressestelle Organspende: Pendenzen und weitere Maßnahmen, Brief einer Public Relations Agentur an einen Vertreter der Arbeitsgruppe Organspende, Zürich 14.1.1992, Swisstransplant-Archiv.

115 | Medienmitteilung: Swisstransplant, Nationaler Tag der Organspende und Transplantation, Genf 24.8.1995, Swisstransplant-Archiv.

116 | Um dem vor allem in der Anfangszeit der Transplantation wirkmächtigen Bild eines risikoreichen, sensationellen spitzenmedizinischen Eingriffs entgegenzuwirken, betonten die Fürsprecher der Organtransplantation auch immer wieder, dass es sich bei dem Eingriff schon lange um eine Routine-Behandlung handle. Vgl. von zahlreichen Beispielen Von der Sensation zur Routine, in: NZZ, 25.11.1983; »Eine Transplantation ist die letzte aller Möglichkeiten«, in: Der Bund, 31.8.1988; »Tausche Niere gegen Rebland«, in: Der Schweizerische Beobachter, 12.10.1990; Worte eines Transplantat-Empfängers, in: Re-naissance 6, Januar 1993, S. 11.

117 | Groebner 2009, S. 3.

118 | Swisstransplant bot anlässlich des »Nationalen Tags der Transplantation und Organspende« die mediengerecht aufbereitete Geschichte der zehnjährigen, lebertransplantierten Maya samt Bild an. Das Bild des Mädchens ist in der Berichterstattung zum Aktionstag in vielen Zeitungen erschienen. Vgl. Swisstransplant, Newsletter: Nationaler Tag der Transplantation und Organspende, Genf 9.10.1995, Swisstransplant-Archiv sowie Wäre ich bereit zu einer Organspende?, in: Der Rheintaler, 8.9.1995; Mehr Spender – weniger Akzeptanz, in: Badener Tagblatt, 8.9.1995; »Eigentlich wäre ich ja schon dafür, aber…«, in: Oltener Tagblatt, 9.9.1995.

119 | Vgl. Aufruf: »Organe spenden – Leben schenken«, in: Der Bund, 15.10.1987; »Organe spenden – Leben schenken«, in: NZZ, 15.10.1987 sowie Organspenden als Selbtsverständlichkeit?, in: Basler Zeitung, 15.10.1987. Französischsprachige Swisstransplant-Broschüren trugen den Titel »Donner ses organes, c'est donner la vie« (vgl. Swisstransplant, Donner ses organes, c'est donner la vie, o.D., Swisstransplant Archiv sowie Swisstransplant, Donner ses organes, c'est donner la vie, Documentation; Questions et réponses, o.D., Swisstransplant Archiv).
120 | Der Bund, 2.7.1986.
121 | Der Bund, 15.10.1987.
122 | NZZ, 15.10.1987.
123 | Aargauer Tagblatt, 3.2.1988.
124 | Der Bund, 7.9.1988.
125 | Tages-Anzeiger, 24.1.1989
126 | Tages-Anzeiger, 9.10.1990.
127 | Luzerner Neueste Nachrichten, 7.11.1991.
128 | Basler Zeitung, 25.11.1992.
129 | VSAO Bulletin 7, 1995.
130 | St. Galler Tagblatt, 7.9.1995.
131 | Regional Zeitung/Anzeiger von Uster, 8.9.1995.
132 | Luzerner Neuste Nachrichten, 9.9.1995.
133 | St. Galler Tagblatt, 6.3.1996.
134 | Der Landbote, 6.12.1997.
135 | Der Schweizerische Beobachter, 9.7.1999.
136 | Fox/Swazey 1992, S. 32.
137 | Moulin 1995, S. 88.
138 | Die Kantone Aargau, Genf, Freiburg, Neuenburg, Tessin und Wallis schrieben das Gebot der Unentgeltlichkeit explizit in ihrer Rechtsordnung fest. Zum Kommerzialisierungsverbot bei Organspenden in der Schweiz vgl. Gruberski 2011, S. 12ff. sowie Kottmann 2007, S. 29ff.
139 | Vgl. Kapitel 1.
140 | Schlosser 1998, S. 268f. Vgl. auch Spirgatis 1997, S. 12; Junge 2001, S. 17 sowie Motakef 2011, S. 25.
141 | Vgl. Schlosser 1998, S. 274f.
142 | Joralemon 1995, S. 336ff.
143 | Martinoli 1993, S. 16.
144 | Vgl. Organmangel – Schattenseite der Transplantation, in: Sandoz Bulletin 107, 1995, S. 18; Organverpflanzung: Das lange Warten auf einen Spender, in: Sandoz Gazette, März 1991, S. 6.
145 | Transplantation und Ethik, in: Re-naissance 3, Mai 1992, S. 4 sowie Wieso noch eine weitere Zeitschrift ?, in: Re-naissance 1, November 1991, S. 4.
146 | Warum diese Stiftung?, in: Re-naissance 2, Februar 1992, S. 5.

147 | Vgl. Programmheft zum Nationalen Tag der Transplantation und Organspende 1994, Swisstransplant-Archiv sowie Re-naissance 12, Juli 1994, S. 3f.
148 | Tag der Organspende in St. Gallen, in: Die Ostschweiz, 7.9.1995.
149 | Vgl. Titmuss 1971 sowie Waldby/Mitchell 2006, S. 10ff.
150 | Waldby/Mitchell 2006, S. 4. Vgl. auch Ebenda S. 15f. sowie Motakef 2011, S. 26. Anderson definiert die Nation als eine vorgestellte politische Gemeinschaft. Vorgestellt sei sie deshalb, »weil die Mitglieder [...] die meisten anderen niemals kennen, ihnen begegnen oder auch nur von ihnen hören werden, aber im Kopf eines jeden die Vorstellung einer Gemeinschaft existiert«. Alle Gemeinschaften, die größer sind als die dörflichen mit ihren Face-to-face-Kontakten, seien vorgestellte Gemeinschaften. Vgl. Anderson 1996, S. 15.
151 | Vgl. Hauser-Schäublin u.a., S. 225.
152 | Mauss beschreibt in seiner ebenso einflussreichen wie umstrittenen Untersuchung »archaischer Gesellschaften« den Gabentausch als elementares soziales Phänomen, als strukturelles System, das den sozialen Zusammenhalt einer Gesellschaft ermöglicht (vgl. Mauss 1990). In den Sozialwissenschaften wurde die Organspende verschiedentlich mit Rekurs auf Mauss als Form eines Gabentauschs analysiert – zuerst von der Soziologin Renée Fox und der Wissenschaftshistorikerin Judith Swazey. Am Beispiel der Nieren-Lebendspende arbeiteten sie die »Tyrannei des Geschenks« heraus, die entstehe, weil bei der Organspende die von Mauss angenommene Reziprozität des Gabentauschs unmöglich sei, aber trotzdem auf sozialpsychologischer Ebene als unterschwellige Forderung wirksam bleibe (vgl. Fox/Swazey 1974 sowie Fox/Swazey 1992).
153 | Geschenktes Herz, in: St. Galler Tagblatt, 6.3.1996.
154 | Leserbrief in der NZZ, 6.1.1991.
155 | Vgl. etwa das Editorial der Transplantierten-Zeitschrift Les As de Coeur News 17, August 2003, S. 3. Zur Infragestellung des Unentgeltlichkeitsprinzips vgl. Kapitel 4.4.
156 | Becchi 2004, S. 9.
157 | Heinen 2010, S. 432.
158 | Warum diese Stiftung?, in: Re-naissance 2, Februar 1992, S. 5.
159 | Vgl. Demonstration für Organspenden, in: Tages-Anzeiger, 12.9.1994.
160 | Für eine Abbildung des Spenderausweises vgl. etwa die Informations-Broschüre von Swisstransplant: Von einem Leben zum Anderen, o.D., Swisstransplant-Archiv oder Swisstransplant: Geschichte, Entwicklung, Projekte, in: Re-naissance 15, Februar 1996, S. 8f. Die Lebenskette war auch abgebildet auf dem Programmheft zum Nationalen Tag der Transplantation und Organspende 1994, Swisstransplant-Archiv.
161 | Vgl. Groebner 2011, S. 12.
162 | Vgl. die Informations-Broschüre von Swisstransplant: Von einem Leben zum Anderen, o.D., Swisstransplant-Archiv.
163 | Im Strategiepapier der verantwortlichen Kommunikationsagentur wird das Titelbild der Informationsbroschüre folgendermaßen angepriesen: »Pour inciter le donneur potentiel à prendre ou à demander cet outil d'information, nous allons débuter la brochure par une première page gaie, mais rigoureuse, et dans laquelle nous pourrons

inclure notre message. Réalisée avec des couleurs, pour la vie, cette page incluera des personnages représentatifs de la famille au complet (3 générations), et qui dès le premier contact offriront les sentiments de joie, santé, amour et convivalité.« (Vgl. Campagne nationale d'information, Strategie de communication, Swisstransplant-Archiv, S. 3).

164 | Der Song heißt »Life is everything«. Der Text stammt von Simon D. Sanders, die Musik von Heinz Affolter. Das Swisstransplant-Archiv enthält ein Dokument, auf dem die englische Originalversion sowie eine deutsche, französische und italienische Übersetzung abgedruckt sind. Vgl. Life ist everything, Songtexte, Swisstransplant-Archiv.

165 | Vgl. Motakef 2011, S. 82ff, 105, 135f. u. 220ff.

166 | Vgl. zum Beispiel Mosimann 1987, S. 424; »Mir wurde ein zweites Leben geschenkt«, in: VSAO Bulletin 7, 1995; Aide-memoire concernant l'organisation des prélèvements d'organes pour les centres de soins intensifs de suisse, Manuskript, Genf Juli 1991, Swisstransplant-Archiv, S. 3; Eingabe der Stiftung Swisstransplant an die Sanitätsdirektorenkonferenz, Entwurf zuhanden der Sitzung des Arbeitsausschusses vom 28. Februar 1991, 2. Fassung, Swisstransplant-Archiv, S. 6; Swisstransplant, Donner ses organes, c'est donner la vie, Documentation; Questions et réponses, o.D., Swisstransplant Archiv sowie Swisstransplant, Von einem Leben zum Anderen, o.D., Swisstransplant-Archiv.
Gelegentlich kamen in den Publikationen oder an Veranstaltungen der Organspende-Befürworter auch Theologen und theologische Ethiker zu Wort, welche die Organspende aus religiöser Perspektive legitimierten (vgl. Ethische Aspekte der Organtransplantation aus kirchlicher Sicht, in: Re-naissance 18, Oktober 1996, S. 16ff.; Lebensrettung als religiöse Pflicht, in: Israelitisches Wochenblatt, 16.7.1993; Muller 1993, S. 13 sowie Aufruf: »Organe spenden – Leben schenken«, in: Der Bund, 15.10.1987).

167 | In zwei Konzepten für eine Kommunikations-Strategie, die Swisstransplant zu Beginn der 1990er Jahre von zwei PR-Agenturen unterbreiteten wurden, ist die Religion als einer von verschiedenen Faktoren genannt, welche die Organspende hemmen könnten. Vgl. Campagne nationale d'information, Strategie de communication, Swisstransplant-Archiv, S. 2 sowie Proposition d'un programme national de communication: ›don d'organes‹, September 1993, Swisstransplant-Archiv, S. 3.

168 | Eine Studie von 2001, die auf der Befragung von Schweizer Rekruten in sechs Jahren zwischen 1989 und 1998 basiert, ergab, dass junge Männer, die an ein Leben nach dem Tod glauben, eine positivere Einstellung zur Organspende haben. Religiöse Unterschiede, so erklärten die Autoren mit Verweis auf internationale Literatur, würde eine wichtige Rolle im Kontext der Organtransplantation spielen, einem Feld, das die Integrität von Körper und Seele wesentlich tangiere. Einerseits könnten sie postmortale Spende unmöglich machen, andererseits könnten sie sie aber auch aufgrund altruistischer Argumente begünstigen (vgl. Gross u.a. 2001, S. 80). In anderen Studien zur Spendebereitschaft taucht die Kategorie der Religiosität nicht oder nur ganz am Rande auf; als entscheidend werden allgemeine kulturelle sowie sozioökonomische Unterschiede erachtet (vgl. Mosimann/Cepleanu 1997 sowie Schulz u.a. 2006).

169 | Wieso noch eine weitere Zeitschrift?, in: Re-naissance 1, November 1991, S. 4.
170 | Die Association Phoenix mit Sitz im Kanton Genf engagierte sich ab Ende der 1990er Jahre für die Organspende. Sie war als Partnerorganisation an der ab 1998 erscheinenden Les As de Coeur-Zeitschrift *News* sowie an der Organisation verschiedener Anlässe wie einer Tagung über die psychologischen Aspekte der Transplantationsmedizin von 2001 im schweizerischen Freiburg beteiligt. Vgl. etwa Transplantationen im Zentrum der Debatte, in: SÄZ, 30.5.2001, S. 1113.
171 | Schmetterling und Phönix waren in der Antike Sinnbilder für Wiedergeburt und Unsterblichkeit. In der christlichen Kunst symbolisierten beide die Auferstehung. Vgl. Kirschbaum 1971, S. 430f.; Kirschbaum 1972, S. 96 sowie Wetzel 2008, S. 238 u. 272.
172 | Vgl. Outram 1989 sowie Sarasin 2007a.
173 | Foucault 1983, S. 148.
174 | Vgl. Sarasin 2001 sowie Rose 2001.
175 | Sarasin 2007a, S. 9.
176 | Borck 1996, S. 28.
177 | Sarasin 2004b, S. 14.
178 | Vgl. Rose 2009, S. 174.
179 | Vgl. Manzei 2002, S. 222ff.; Junge 2001 sowie Motakef 2011, S. 96ff.
180 | Vgl. Foucault 1983, S. 161ff.
181 | Foucault 1983, S. 169.
182 | »Nach einem ersten Machtzugriff auf den Körper, der sich nach dem Modus der Individualisierung vollzieht, haben wir einen zweiten Zugriff der Macht, nicht individualisierend diesmal, sondern massenkonstituierend, wenn Sie so wollen, der sich nicht an den Körper-Menschen, sondern an den Gattungs-Menschen richtet.« Foucault 1999, S. 286.
183 | Foucault 2003b, S. 1020.
184 | Foucault zeigt, wie Biopolitik durch den Rassismus, der die Unterscheidung von unwertem und wertem Leben einführt und sich der Bio-Macht als »grundlegender Mechanismus« einschriebt, in Ausgrenzung, Krieg und Massenmord mündet – ein Töten im Namen des Lebens, das im Nationalsozialismus seinen Höhepunkt findet. Vgl. Foucault 1999, S. 300ff.
185 | Junge 2001, S. 14.
186 | Junge 2001, S. 221f.
187 | Sie weist in diesem Zusammenhang auf die Ausgrenzung von Asylbewerbern von medizinisch-technischen Leistungen sowie auf die Diskussion über das Lebensrecht von Komapatienten hin (Manzei 2002, S. 232).
188 | Rose 2009, S. 174.
189 | Vgl. Rose 2007, S. 54ff. Für eine kritische Sichtweise dieser Position vgl. Lemke/Wehling 2009.
190 | Rose 2007, S. 64. Rose hält in seiner Analyse zeitgenössischer biomedizinischer Technologien an Foucaults Begriff der Biopolitik fest, betont aber die Differenz und den Wandel zwischen früheren und zeitgenössischen Formen der Lebenspolitik (vgl. Rose

2007, S. 5ff. sowie Rabinow/Rose 2006). Seit den 1980er Jahren hat sich der Begriff Biopolitik auch als allgemeine Bezeichnung für das Politfeld rund um die neuen Biotechnologien eingebürgert, wobei die Übereinstimmung mit der ursprünglichen Foucaultschen Bedeutung des Wortes nur bedingt gegeben ist (vgl. Gehring 2008, S. 231).

191 | Vgl. zum Beispiel Seit zwanzig Jahren möglich: Leben mit fremden Herzen, in: Basler Zeitung, 3.12.1987; Inselspital Bern, Jahresbericht 1990, S. 11; Organverpflanzung: Das lange Warten auf einen Spender, in: Sandoz Gazette, März 1991, S. 6; Sutter 1993, S. 17; Zum Spenden geeignet, in: Coop-Zeitung, 9.2.1995; Candinas 1997, S. 1225 sowie Ein Herz wie ein ausgelaugter Waschlappen, in: Tages-Anzeiger, 19.6.1998.

192 | Diese Argumentation findet sich in: Inselspital Bern, Jahresbericht 1990, S. 11; Eingabe der Stiftung Swisstransplant an die Sanitätsdirektorenkonferenz, Entwurf zuhanden der Sitzung des Arbeitsausschusses vom 28. Februar 1991, 2. Fassung, Swisstransplant-Archiv, S. 5; Organverpflanzung: Das lange Warten auf einen Spender, in: Sandoz Gazette, März 1991, S. 6 sowie Candinas 1997, S. 1225.

193 | Noch immer fehlt es vor allem an Spendern, in: Weltwoche, 8.9.1988.

194 | Vgl. Seit zwanzig Jahren möglich: Leben mit fremden Herzen, in: Basler Zeitung, 3.12.1987; »Sie haben jetzt halt ein neues, ein junges Herz«, in: Berner Zeitung, 2.2.1988; Einem Organspender verdankt er sein zweites Leben, in: Zürichsee-Zeitung, 4.11.1988; Es ist nicht Karl Thommens Herz, das für den Sport schlägt, in: Basler Zeitung, 8.1.1992; »Mir wurde ein zweites Leben geschenkt«, in: VSAO Bulletin 7, 1995 sowie Heute feiert die 36-jährige Andrea Schäfer ihren zwanzigsten Geburtstag, in: Der Bund, 25.1.1997.

195 | Vgl. Asylbewerber gestrichen, in: Tages-Anzeiger, 2./3.9.1995; Wenn Asylbewerber keine Niere mehr erhalten, in: Basler Zeitung, 4.9.1995. Laut einer Richtigstellung des Universitätsspitals Zürich sei nur in einem Einzelfall ein Asylbewerber von der Warteliste gestrichen worden (vgl. Universitätsspital Zürich, Verwaltungsdirektion, Richtigstellung: Keine Diskriminierung von Asylbewerbern am Universitätsspital Zürich, 3.9.1995, SAMW-Archiv).

196 | Vgl. Asylbewerber gestrichen, in: Tages-Anzeiger, 2./3.9.1995 sowie Nierentransplantation im Zeichen des Organmangels, in: NZZ, 2.10.1995. Largiadèr und das Universitätsspital stellten sich auf die Position, dass ein Asylbewerber in der Schweiz gar nicht formell Wohnsitz habe. Dies wurde aber unter anderem vom Bundesamt für Flüchtlinge bestritten (vgl. Streit wegen Nieren für Asylbewerber, in: Tages-Anzeiger, 8.9.1995).

197 | SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation, in: SMW 126, 1996, S. 2098, S. 2098. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich beschloss in Reaktion auf den kleinen Medien-Skandal folgende Regelung: Asylbewerber werden in die Warteliste für Nierenempfänger aufgenommen. Sobald sich die Möglichkeit einer Transplantation abzeichnet, wird das Bundesamt für Flüchtlinge angefragt, ob der betreffende Asylbewerber mittelfristig Aussicht auf einen weiteren Verbleib in der Schweiz hat. Nur falls eine Ausweisung bevorsteht, wird keine Transplantation vorgenommen (vgl. Nierentransplantationen bei Asylbewerbern, in: NZZ, 1.11.1995).

198 | Vgl. Leserbriefe, in: Tages-Anzeiger, 7.9.1995. Vgl. auch den Kommentar des Kabarettisten Victor Giaccobo in: Der Herr der Nieren, in: Facts 36, 1995.
199 | Vgl. Leserbriefe, in: Tages-Anzeiger, 7.9.1995.
200 | Vgl. unter vielen: Das Problem: Ohne Operation stirbt Radmila, in: Der Bund, 20.7.1988; Hilfswelle für Radmila Samarzija, in: Der Bund, 22.7.1988; Frau S. hat eine neue Leber, in: Der Bund, 18.8.1988; zahlreiche Artikel im Blick, 21.7.1988 bis 29.8.1988 sowie die Presse-Informationen vom Inselspital Bern vom 30.8.1988 und 13.9.1988, Staatsarchiv Bern Insel II 1022. Auch die Nierentransplantation an einer Ghanaerin 1993 wurde in der Presse als lebensrettende, humanitäre Aktion dargestellt: »Es wäre aus humanitären Gründen nicht zu verantworten gewesen, sie einfach (wie man das in anderen Kantonen beispielsweise schon mit nierenkranken Kosovo-Albanern gemacht hat…) nach Hause zu schicken – in den sicheren Tod«, kommentierte ein verantwortlicher Arzt (Zuhause in Ghana hätte Gladys Eleblu sterben müssen, in: Der Bund, 3.8.1993).
201 | Foucault 1999, S. 286.
202 | Rose 2007, S. 27. Zum Konzept der Ethopolitik vgl. auch Rose 2001, S. 17ff.
203 | Vgl. Rose 2007, S. 70ff. u. 106ff.; Rose 2001, S. 2ff. sowie Lemke 2000.
204 | Swisstransplant, Pressekonferenz vom 18. Januar 1996 im Universitätsspital Zürich, Referat von Prof. Dr. Philippe Morel, Zürich, Januar 1996, Swisstransplant-Archiv. Für eine ähnliche Argumentation vgl. Editorial, in: Swisstransplant/Les As de Coeur News, Sondernummer, Juli 2005, S. 3.
205 | Editorial, in: Coop-Zeitung, 9.2.1995.
206 | Zur neoliberalen Subjektivierungsform des »unternehmerischen Selbst« vgl. Bröckling 2009 sowie Rose 2000.
207 | Zum Clubsystem vgl. Kapitel 5.4.
208 | Zur Tendenz, in zeitgenössischen biomedizinischen und bioethischen Diskursen die Orientierung am konkreten Patienten und dessen Entscheidungsfreiheit zugunsten eines abstrakten, imaginierten Patientenkollektivs in den Hintergrund zu drängen, vgl. Lemke/Wehling 2009, S. 87ff.
209 | Vgl. Tanner 2005, S. 44; Frow 1997, S. 177 sowie Waldby/Mitchell 2006, S. 161ff.
210 | Der Mann, der das erste Menschenherz verpflanzte, in: Die Tat, 8.12.1967.
211 | Vgl. Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 5.
212 | Vgl. etwa Toter Loris (15) rettet 6 Menschen, in: Blick, 19.3.1993 sowie Todkranker bekam sechs neue Organe, in: Blick, 8.11.1995.
213 | In diesen sechs Menschen lebt Nicholas (7) weiter, in: Sonntags-Blick, 1.1.1995.
214 | Zum Spenden geeignet, in: Coop-Zeitung, 9.2.1995.
215 | Re-naissance 8, Juni 1993, S. 31.
216 | Organe spenden – Leben schenken: ein Gewinn, in: Aargauer Tagblatt, 3.2.1988.
217 | Warum diese Stiftung?, in: Re-naissance 2, Februar 1992, S. 5. Vgl. auch die gleichlautende Aussage eines Arztes in: Organhandel, in: Cash, 17.12.1993.

218 | Vgl. z.B. Geschenktes Herz, in: St. Galler Tagblatt, 6.3.1996; »Mit Organen unseres toten Kindes können andere Leben«, in: Der Bund, 7.9.1988.
219 | Eine Niere – von Herz zu Herz, in: Der Schweizerische Beobachter, 30.8.1996.
220 | In diesen sechs Menschen lebt Nicholas (7) weiter, in: Sonntags-Blick, 1.1.1995.
221 | Un jeune accidenté donne quatre organes, in: Tribune de Genève, 8.8.1987.
222 | Procès-verbal de la réunion du Conseil de Fondation de Swisstransplant à Berne, 10. Mars 1987, SAMW-Archiv, S. 4.
223 | Dann werde ich für immer leben, in: Re-naissance 8, Juni 1993, S. 18.
224 | Bergmann 2000, S. 205.
225 | Vgl. Proposition d'un programme national de communication: ›don d'organes‹, September 1993, Swisstransplant-Archiv, S. 6. Das Konzept wurde Swisstransplant von einer PR-Firma unterbreitet, die bereits die erste, 1987 lancierte Kampagne organisiert hatte. Die Stiftung entschied sich jedoch 1994 für die Zusammenarbeit mit einer anderen Agentur (vgl. Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 29. avril 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 5).
226 | Hemmnisse auf dem Weg der Organspende, in: Re-naissance 15, Februar 1996, S. 4.
227 | Warum diese Stiftung?, in: Re-naissance 2, Februar 1992, S. 5.
228 | Die Organverschwendung nimmt kein Ende, in: Bündner Zeitung, 6.1.1992.
229 | Swisstransplant, Pressekonferenz vom 18.1.1996, Universitätsspital Zürich, Pressetext, Swisstransplant-Archiv. Die *Basler Zeitung* titelte einen Tag später: »Wegen Organmangels: 39 Personen gestorben«, in: Basler Zeitung, 19.1.1996.
230 | Der Handlungsstrang zieht sich über die drei Folgen der sechsten Staffel der TV-Serie SCHWARZWALDKLINK aus dem Jahr 1989 hin: Folge 67 »Sturz mit Folgen«, Folge 68 »Nierenspende« und Folge 69 »Transplantation«.
231 | Eine medienwissenschaftliche Studie zur Persuasionswirkung fiktionaler Fernsehunterhaltung am Beispiel der Organspende kam zum Ergebnis, dass die Rezeption der oben beschriebenen SCHWARZWALDKLINIK-Episode eine positive Haltung zur Organspende begünstige. Vgl. Gassmann u.a. 2003.
232 | Swisstransplant, Charta, o. D., Swisstransplant-Archiv.
233 | Guy-Olivier Segond, Organtransplantation als Akt der Solidarität und des nationalen Bürgerbewusstseins, in: Programmheft zum Nationalen Tag der Transplantation und Organspende 1994, Swisstransplant-Archiv. Derselbe Text erschien in: Re-naissance 12, Juni 1994, S. 3f.
234 | Spirgatis 1997.
235 | Junge 2001, S. 170.
236 | Junge 2001, S. 220.
237 | Vgl. Kalitzkus 2009, S. 83 u. 223; Manzei 2011, S. 211 u. 220; Wellendorf 1993, S. 37 sowie Baureithel/Bergmann 1999, S. 233. Laut Motakef gerät die Freiwilligkeit zur postmortalen Spende spätestens dort an ihre Grenze, wo das Überleben des einen Menschen mit der Befürwortung der postmortalen Organentnahme eines anderen Menschen verkoppelt wird (Motakef 2011, S. 211).

238 | Vgl. Lemke/Wehling 2009, S. 89.
239 | Mosimann 1987, S. 424.
240 | »Mir wurde ein zweites Leben geschenkt«, in: VSAO Bulletin 7, 1995.
241 | Vgl. Gutzwiller/Pfiffner 1994; Gutzwiller 1995 sowie Gutzwiller/Schilling 1996.
242 | Gross u.a. 2001, S. 75.
243 | Vgl. als Ausnahme die kritischen Leserbriefe in: Berner Zeitung, 1.12.1986; Berner Zeitung, 9.1.1988 sowie Organe spenden – Leben schenken: ein Gewinn, in: Aargauer Tagblatt, 3.2.1988.
244 | Vgl. etwa Stück für Stück den Körper zu Markte tragen, in: Wochenzeitung, 5.8.1988 sowie Tod durch Explantation, in: Wochenzeitung, 19.7.1996.
245 | Von der Spende zur Bringschuld, in: Wochenzeitung, 6.8.1998.
246 | Vgl. etwa Muller 1993, S. 13; Organhandel und Organentnahmen, in: Sonntags-Zeitung, 19.3.1995; Leserbriefe, in: Tages-Anzeiger, 26.4.1995; Salzkorn, in: St. Galler Tagblatt, 9.9.1995; Tod durch Explantation, in: Wochenzeitung, 19.7.1996; Von der Spende zur Bringschuld, in: Wochenzeitung, 6.8.1998.
247 | Oft übernahmen Zeitungen Bilder, Zitate und Geschichten direkt aus dem Informationsmaterial von Swisstransplant. Vgl. An Geld fehlt es nicht, in: Coop-Zeitung, 8.6.1989; Wäre ich bereit zu einer Organspende?, in: Der Rheintaler, 8.9.1995; Mehr Spender – weniger Akzeptanz, in: Badener Tagblatt, 8.9.1995, »Eigentlich wäre ich ja schon dafür, aber...«, in: Oltener Tagblatt, 9.9.1995 sowie Probleme der Nierentransplantation und der Organspende, in: Walliser Bote, 6.6.1998. Für Porträts von oder Interviews mit Transplantationsärzten vgl. Auch in Basel sind Menschen-Nieren noch Mangelware, in: Basler Zeitung, 5.12.1985; »Herzübertragung ist bereits Routine«, in: Basler Zeitung, 3.12.1987; »Eine Transplantation ist die letzte aller Möglichkeiten«, in: Der Bund, 31.8.1988; Einem Organspender verdankt er sein zweites Leben, in: Zürichsee-Zeitung, 4.11.1988; »Mit Organen unseres toten Kindes können andere Leben«, in: Der Bund, 7.9.1988; Professor Turina, der Herzschrittmacher, in: Der Bund, 16.4.1994; »Herzen haben wir immer zu wenig, und zwar weltweit«, in: Sonntags-Zeitung, 29.5.1994 sowie »Leider geht die Zahl der Organspender zurück«, in: St. Galler Tagblatt, 8.9.1995. Für Artikel, welche weitgehend der Argumentation der Informationskampagnen folgen, vgl. zum Beispiel: Organspenden retten Leben, in: Der Bund, 2.7.1986; Organspenden als Selbtsverständlichkeit?, in: Basler Zeitung, 15.10.1987; Das geschenkte zweite Leben, in: Tages-Anzeiger, 24.1.1989; An Geld fehlt es nicht, in: Coop-Zeitung, 8.6.1989; Die Organverschwendung nimmt kein Ende, in: Bündner Zeitung, 6.1.1992; Neues Leben dank gespendeter Leber, in: Basler Zeitung, 25.11.1992 sowie Der Mangel an Organspenden bringt Menschenleben in Gefahr, in: Dreiland-Zeitung, 28.4.1994. Für TV-Sendungen, die sich stark an den Informationskampagnen orientieren, vgl. die Sendung Puls des Schweizer Fernsehens vom 4.2.1999; den Film Ein neues Leben für Regula von Hannes Stark, der 1992 im Schweizer Fernsehen zusammen mit einem Beitrag in der Sendung Puls gezeigt wurde sowie die sechsteilige, von Swisstransplant und Sandoz AG mitproduzierte Sendereihe Organspende – von einem Leben zum andern, die 1996 im Schweizer Fernsehen ausgestrahlt wurde. Für Berichte über die Swisstransplant-

Kampagne und Informationsveranstaltungen vgl. »Organe spenden – Leben schenken«, in: NZZ, 15.10.1987; Aufruf zur vermehrten Spende von Organen für Transplantationen, in: Basler Zeitung, 13.6.1990; »Ersatzteile« gesucht, in: Tages-Anzeiger, 13.6.1990; Demonstration für Organspenden, in: Tages-Anzeiger, 12.9.1994; Transplantation d'organes: les Suisses dans l'ignorance, in: Le Nouveau Quotidien, 12.9.1994; »Von einem Leben zum anderen«, in: St. Galler Tagblatt, 7.9.1995; Tag der Organspende in St. Gallen, in: Die Ostschweiz, 7.9.1995; Es mangelt nach wie vor an Spendern, in: Der Zürcher Oberländer, 8.9.1995; Mit dem fremden Organ zufrieden, in: Tages-Anzeiger, 11.9.1995; Weiterhin Mangel an Transplantationsorganen, in: NZZ, 7.2.1997 sowie Informationsbedarf in der Transplantationsmedizin, in: NZZ, 26.4.1997.

248 | Oft rufen auch die porträtierten Empfänger selber zur Spende auf. Für Empfänger-Porträts mit Spende-Aufruf oder Informationen zur Beschaffung eines Spenderausweises vgl. Mit einem »fremden« Herzen in ein »neues« Leben, in: Der Bund, 15.10.1987; »Sie haben jetzt halt ein neues, ein junges Herz«, in: Berner Zeitung, 2.2.1988; »Man wird fast übermütig, wenn man diese Gnade erlebt«, in: Der Bund, 3.9.1988; Ein neues Herz für den Beginn eines zweiten Lebens, in: Sonntags-Zeitung, 7.8.1994; Sechs mit dem zweiten Herz, in: Luzerner Neueste Nachrichten, 18.3.1995; »Mir wurde ein zweites Leben geschenkt«, in: VSAO Bulletin 7, 1995 sowie Einer, dem das Herz geschenkt wurde, in: Der Landbote, 6.12.1997. – Für weitere Zeitungsberichte, die einen Aufruf zur Spende oder den Hinweis auf eine Bestelladresse für Spenderausweise enthalten, vgl. Organe spenden – Leben schenken: ein Gewinn, in: Aargauer Tagblatt, 3.2.1988; Verpflanzte Organe können Leben retten, in: Tages-Anzeiger, 9.10.1990; Ein Leben weitergeben, in: Luzerner Neueste Nachrichten, 7.11.1991; Zum Spenden geeignet, in: Coop-Zeitung, 9.2.1995; Organe weiterschenken, in: Regional Zeitung/Anzeiger von Uster, 8.9.1995; Tausend Nieren sind immer noch zu wenig, in: Basler Zeitung, 30.1.1996 sowie Herz-Transplantation: Geschenktes Leben, in: Der Schweizerische Beobachter, 9.7.1999. Vgl. auch die Sendung Reportage Schweiz des Schweizer Fernsehens vom 27.10.1996.

249 | Nicht jede Niere ist genehm, in: Der Bund, 5.3.1996. Vgl. auch Ob Häftling oder nicht: Eine solche Transplantation sei »nicht üblich«, in: Der Bund, 6.3.1996 sowie »Ich hätte diese Organspende auch abgelehnt«, in: Der Bund, 9.3.1996.

250 | Herz des Mörders verpflanzt, in: Blick, 12.2.1998.

251 | Vgl. Kapitel 3.2.

252 | Swisstransplant, Pressekonferenz vom 18. Januar 1996 im Universitätsspital Zürich, Pressetext, Zürich, Januar 1996, Swisstransplant-Archiv.

253 | Laut den Studien besaßen 1993 sieben Prozent der Schweizer Bevölkerung einen Ausweis, 1994 elf Prozent und 1995 zehn Prozent. Vgl. Gutzwiller/Pfiffner 1994; Gutzwiller 1995 sowie Gutzwiller/Schilling 1996.

254 | Vgl. etwa Jahresbericht Swisstransplant 1996 oder Jahresbericht Swisstransplant 2001.

255 | Mosimann/Cepleanu 1997, S. 2433.

256 | Swisstransplant, Jahresbericht 2002.

5. Organhandelsgeschichten und die Krise der Organspende

»Ja, meine Nieren dürft ihr brauchen«, lautet der Titel eines kurzen Artikels im *Schweizerischen Beobachter* von 1990. Der Chefarzt des Schweizerischen Roten Kreuzes schildert darin als »lebendes Beispiel für den Sinn und den Wert einer Organübertragung« seine Rettung durch eine Herztransplantation. Es handelt sich um eine typische Empfänger-Geschichte, wie wir sie im letzten Kapitel kennen gelernt haben: Sie transportiert die Deutung der Organspende als moralisch gute Tat, ist mit einem impliziten Aufruf zur Spende verbunden und enthält Informationen zur Bestellung eines Organspender-Ausweises.

Die Aussage dieses Artikels wird aber durch seinen Kontext relativiert: Er ist eingebettet in einen fünfseitigen Hintergrundbericht zum Themenkomplex der Organtransplantation unter der Schlagzeile »Organhandel: Tausche Niere gegen Rebland«. Im Vordergrund stehen – wie der Vorspann ankündigt – »Horrorgeschichten aus dem Operationssaal«: »Skrupellose Händler kaufen im grossen Stil Nieren, Lebern und Herzen zusammen und verschachern die begehrten Organe an Spitäler und Privatkliniken.«[1]

Das Beispiel zeigt, wie die in den Aufklärungskampagnen der Transplantationsmedizin und ihrer Verbündeten konstruierte Spende-Moral im öffentlich-medialen Raum zwar reproduziert, gleichzeitig aber durch Geschichten einer unheimlichen, illegitimen und gewaltsamen Organbeschaffung konterkariert und unterminiert wurde. Das Sinnbild einer missbräuchlichen Organbeschaffung war der Organhandel: Nachdem er bereits in den 1970er Jahren ein beliebter Stoff von Krimis und Science Fiction-Filmen war, kam es Ende der 1980er Jahre zu einer regelrechten »diskursiven Explosion« um das Thema, das nun die Nachrichtenspalten füllte, aber auch als Gegenstand populärer Anekdoten Verbreitung fand. Ausgehend von Narrativen über Organhandel rollt dieses Kapitel die Geschichte der Organspende in der Schweiz aus einer anderen Perspektive nochmals auf. Es untersucht die Genealogie einer negativen Deutung der Organspende, die an ältere populärkulturelle Erzähltraditionen anschließt,

welche das Verhältnis von Wissenschaft und Medizin auf der einen und den Laien und ihren Körpern auf der anderen Seite in kritischer Weise verhandeln.

Obwohl es keine Belege dafür gibt, dass es in der Schweiz je zu Organhandel gekommen ist, hat das Thema – wie ich zeigen möchte – für die Geschichte der Organspende in der Schweiz große Bedeutung. Es geht mir denn auch nur am Rande um reale Praktiken. Mich interessiert vielmehr die Bedeutung der medial verbreiteten Organhandels-Narrative für den Diskurs über und die Praxis der Organbeschaffung in der Schweiz. Zunächst werde ich die Entwicklung der Geschichten und Vorstellungen von Organhandel im öffentlich-medialen Diskurs untersuchen und sie inhaltlich analysieren. Dabei werde ich vor allem folgenden Fragen nachgehen: Welche narrativen Muster, welche Motive und Metaphern weisen die Geschichten über Organhandel auf? Wie wurde der Organhandel geographisch situiert und wie stark wurde er als konkrete Bedrohung für die Schweiz wahrgenommen? Und: Welche Rolle spielten fiktive Organhandels-Geschichten – in der Populärkultur sowie in Form zeitgenössischer Legenden – und wie erklären sich ihre Persistenz und Popularität?

In einem nächsten Schritt werde ich mich den Effekten dieser Narrative für die Transplantationsmedizin in der Schweiz widmen: Wie schätzten die transplantationsmedizinischen Akteure die Bedeutung der Organhandels-Narrative ein und wie reagierten sie darauf? Wie transformierten die Narrative den medialen Diskurs über die Organtransplantation? Welche Bedeutung kam dem Organhandel im Sprechen über die Organspende zu? Abschließend werde ich aufzeigen, wie im Zuge der diskursiven Explosion um den Organhandel Mitte der 1990er Jahre die Figur des toten Organspenders und mit ihm die uneinheitliche rechtliche Regelung der Organentnahme in der Schweiz zunehmend in den Fokus der medialen Öffentlichkeit rückte.

Zum Organhandel, so konstatierte die Kriminologin Frederike Ambagtsheer in ihrer zusammenfassenden Studie von 2011, gebe es bis heute nur wenige empirisch fundierte wissenschaftliche Studien. Die wichtigsten Quellen seien Medienberichte, die nur teilweise auf seriösen Recherchen basierten.[2] Für meinen Untersuchungszeitraum hervorzuheben sind die Recherchen der in den 1990er Jahren von der Columbia University einberufenen »Bellagio Task Force on Transplanation, Bodily Integrity and the International Traffic in Organs«, einer internationalen Gruppe von 14 Transplantationsärzten, Menschenrechtsspezialisten und Sozialwissenschaftlern, die unter der Leitung des Medizinhistorikers David Rothman die Praktiken und Effekte einer Kommerzialisierung der Organtransplantation untersuchte.[3] Zu Narrativen über Organraub hat die französische Volkskundlerin Véronique Campion-Vincent eine ausführliche Untersuchung vorgelegt, auf die ich mich im Folgenden beziehe.[4] Mit diesen Geschichten befassten sich auch die Volkskundlerin Gillian Bennett[5] und die US-Ethnologin Nancy Scheper-Hughes, die im Rahmen der

»Bellagio Task Force« und als Aktivistin von »Organ Watch« in den 1990er Jahren den globalen Organhandel erforschte.[6]

5.1 Eine diskursive Explosion

Die ersten Schlagzeilen über Organhandel tauchten in den Schweizer Massenmedien in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre auf. Sie bezogen sich zunächst noch vornehmlich auf Fälle und Praktiken in sogenannten Entwicklungsländern in Asien und Lateinamerika. »In Ägypten, wie in vielen anderen Staaten der Dritten Welt, blüht ein lukrativer Schwarzmarkt für menschliche Organe«, schrieb etwa die *Aargauer Zeitung* im Sommer 1987.[7] Betrachtet man diese Berichte, die nicht nur in der Schweiz, sondern global zirkulierten, so fällt auf, dass unter dem Begriff des Organhandels verschiedene Praktiken thematisiert wurden. Es lassen sich vereinfachend fünf Praktiken unterscheiden: Der »freiwillige« Verkauf, der unfreiwillige Verkauf, der gewaltsame Organraub, der staatlich organisierte Handel mit Organen Hingerichteter sowie der Handel mit postmortal gespendeten Organen. In der massenmedialen Berichterstattung wurden diese Typen oft nicht klar voneinander unterschieden.

Der erste Praxis-Typus ist der meist illegale, aber trotzdem oft relativ offen praktizierte Handel, der auf einem »freiwilligen«, auf einem Einverständnis basierenden Verkauf einer Niere durch einen lebenden Spender beruht. Die Freiwilligkeit des Verkaufs muss insofern relativiert werden, als dass dieser stets durch Armut und eine finanzielle Notlage motiviert ist. Fundierte Studien zur Thematik aus den 1990er Jahren und neueren Datums sind sich einig, dass der real praktizierte Organhandel weitgehend dieser Form entspricht.[8] Die bezahlenden Organempfänger kommen teilweise aus derselben Region wie die Verkäufer; meist reisen sie jedoch aus anderen Ländern an – ein Phänomen, das gemeinhin als Transplantationstourismus bezeichnet wird.[9] Dieser internationale Handel beruht auf globalen Ungleichheiten und reproduziert diese in seiner Praxis: Organe wandern tendenziell von Armen zu Reichen, von Süden nach Norden, von Osten nach Westen sowie von Frauen zu Männern.[10] Schweizer Zeitungen und das staatliche Fernsehen berichteten von einem derartigen Nierenhandel vor allem in Indien und Ägypten.[11]

Oft wurde diese Form von Organhandel in Medienberichten mit dem zweiten Typus vermischt: Bei diesem findet zwar eine Bezahlung statt, der Verkauf ist aber nur sehr bedingt freiwillig, da der Verkäufer unter falschen Angaben oder Versprechungen ins Krankenhaus gelockt wird – etwa für eine angebliche Blutspende. Meist dienten solche Einzelfälle in den Zeitungsartikeln als attraktive Aufhänger.[12] Der Wahrheitsgehalt solcher Geschichten gilt in einigen Fällen als zweifelhaft.[13]

Organraub

Dies trifft in verstärktem Ausmaß auf die Geschichten des dritten Typs zu, bei denen die Organe auf gewaltsame Weise und ohne jedes Einverständnis geraubt werden. Teilweise ist der Organraub auch mit der Ermordung des Spenders verbunden. Kritische Beobachter halten es für unplausibel, dass sich die in diesen Geschichten geschilderten Geschehnisse tatsächlich ereignet haben. Auch wenn die Möglichkeit einzelner, isolierter Fälle von gewaltsamem Organraub nicht vollständig ausgeschlossen werden kann, so ist bis heute kein Fall bekannt, für den es überprüfbare, stichhaltige Beweise gibt.[14] Deshalb werden diese Geschichten in der Literatur meist als Gerüchte oder als zeitgenössische Legenden bezeichnet. Neuere ethnologische Studien machen darauf Aufmerksam, dass diese Geschichten tatsächlich wie Legenden funktionieren, da sie auf denselben, stets wiederkehrenden narrativen Mustern und Motiven beruhen und dank oraler und massenmedialer Reproduktion regional aber auch weltweit zirkulieren.[15]

Véronique Campion-Vincent beschreibt in ihrer Untersuchung zu den Organraub-Legenden drei narrative Grundmuster.[16] Erstens die »Baby Part-Story«, die vor allem in Zentralamerika auftauchte: In diesem Szenario werden Kinder zum Schein adoptiert, getötet und als Organlieferanten für Kinder reicher Ausländer ausgeschlachtet. Schweizer Zeitungen berichteten Ende der 1980er und Anfangs der 1990er Jahren von solchen Vorfällen in Lateinamerika, wobei die Kinder vor allem in die USA, aber auch in andere westliche Länder wie Italien verkauft worden seien.[17]

Als zweites Grundmuster nennt Campion-Vincent das Kidnapping von Kindern, um ihnen Augen, eine Niere oder auch andere Organe zu entnehmen. Die Kinder werden dann verstümmelt aufgefunden – vielfach tot, oft aber auch lebendig, aber blind oder mit einer fehlenden Niere. Auch diese Geschichten, die von den Schweizer Massenmedien verbreitet wurden, beziehen sich vor allem auf Lateinamerika.[18] Das dritte von Campion-Vincent isolierte Grundmuster ist dasjenige des Nierenraubs. Es unterscheidet sich von den beiden anderen dadurch, dass das Opfer nicht aus einem armen, sondern aus einem reichen, westlichen Land stammt – weshalb diese Legende auch vornehmlich in diesen Ländern zirkulierte. Dem Opfer wird an einem fremden, exotischen Ort, oft aber auch in einer westlichen Großstadt oder in seinem Heimatland eine Niere geraubt, wobei das Opfer meist lebendig und mit einer frischen Narbe wieder auftaucht. Auf diese dritte Variante werde ich in Bezug auf die Schweiz zurückkommen.

Mediale Verbreitung

Wichtig für die Verbreitung der ersten beiden Narrative waren Dokumentarfilme. Vor allem die filmische Reportage VOLEURS D'ORGANES der französischen Journalistin Marie-Monique Robin von 1993 erhielt große Beachtung. Er wurde von mehr als einem Dutzend Fernsehanstalten, unter anderem auch in der Schweiz und in Deutschland, ausgestrahlt und erhielt mehrere Auszeichnungen. Kolumbianische Untersuchungen sowie eine medizinische Überprüfung des blinden Hauptzeugen 1995 in Frankreich widerlegten den im Film behaupteten Augenraub.[19] 1994 zeigte das Schweizer Fernsehen einen sehr ähnlich argumentierenden Dokumentarfilm mit dem Titel ORGANHANDEL – DER MISSBRAUCH VON KINDERN ALS ERSATZTEILLAGER. Die NZZ berichtete ausführlich über den Film, kritisierte allerdings seine Methode – wobei sie auf die »weit überzeugendere Arbeit« von Robin verwies.[20] Bereits Ende 1988 hatte das Westschweizer Fernsehen TSR einen Dokumentarfilm gesendet, der die Gerüchte über Kindsentführung und Organhandel aber kritisch hinterfragte.[21]

Dass die Organraub-Geschichten zumindest zeitweilig Bestätigung durch internationale Organisationen und Menschenrechtsgruppierungen erfuhren, verlieh ihnen Glaubwürdigkeit. Das Europäische Parlament verabschiedete 1988 eine Motion sowie 1993 eine Resolution, welche die Authentizität dieser Geschichten betonten – ebenso wie Berichte der UN-Menschenrechtskommission zwischen 1990 und 1994.[22] Auch die ethnographische Forschung nahm diese Organraub-Erzählungen auf – oft ohne eine klare Unterscheidung von ethnographischen Tatsachen und reinen Gerüchten zu leisten. Als Beispiel sind die Studien der US-Ethnologin Nancy Scheper-Hughes zu nennen: Entgegen ihres Anspruchs, die fiktiven Gerüchte von der alltäglichen Realität des Organhandels auseinanderzuhalten, vermischt sie beiden Ebenen immer wieder und repliziert dadurch die in den Legenden transportierten Bedrohungsängste.[23] In der Schweiz bemühte sich vor allem der Genfer Jurist Eric Sottas, Generalsekretär der Weltorganisation gegen Folter, um die Verbreitung und Anerkennung der Organraub-Stories: Seinen Report über Organhandel, der die bekanntesten, medial verbreiteten Fälle von Organraub zusammenfasste, präsentierte er unter anderem 1994 an einer vom Pharmaunternehmen Sandoz veranstalteten internationalen Tagung über Organtransplantation in Basel.[24]

Geschichten von Organraub, so lässt sich bilanzieren, erfuhren in den Schweizer Massenmedien Ende der 1980er und in den 1990er Jahren große Verbreitung. Allerdings änderte sich die Darstellungsweise im Zuge der zunehmenden internationalen Skepsis an der Glaubwürdigkeit der Berichte:[25] Wurden die Fälle Ende der 1980er Jahre oft als Tatsachen präsentiert, so wurde Mitte der 1990er Jahre vermehrt darauf hingewiesen, dass es sich um Gerüchte ohne eindeutige Beweise handle.[26] Verschiedentlich wurden die Berichte auch explizit als Fehlinformationen oder als Legenden thematisiert.[27] Aber

noch um die Jahrtausendwende fanden die Legenden vom Organraub den Weg in Schweizer Zeitungen.[28]

»Organ-Basar« und andere Motive

Neben den drei erwähnten Praktiken, die unter dem Begriff des Organhandels subsummiert wurden, gab es noch zwei weitere: Der vierte Praxis-Typus besteht in dem von einem autoritären Staat organisierten Handel mit Organen von hingerichteten Gefangenen, wie er in China und bis 1994 in Taiwan laut verschiedenen Studien durchgeführt wurde.[29] Diese Form des Organhandels thematisierten die Schweizer Medien zu Beginn und dann wieder gegen Ende der 1990er Jahre.[30] Der fünfte Typus – der Handel mit postmortal gespendeten Organen – tauchte am seltensten auf: Der *Tages-Anzeiger* berichtete 1996 von Vorwürfen in Brasilien, wonach für öffentliche Krankenhäuser bestimmte Spenderlebern an teure Privatkliniken verkauft worden seien.[31]

Eine Analyse zeigt, dass die massenmediale Berichterstattung über Organhandel weitgehend unabhängig vom beschriebenen Praxis-Typus durch einige zentrale Motive und Metaphern organisiert wurde. Meist präsent ist die Vorstellung eines kriminellen, geheimen Untergrund-Netzwerkes. Die Rede ist von einer »Geheimorganisation«[32], vom »Nierenkartell«[33], der »Organmafia«[34] oder von einem »Kinderhandelsnetzwerk«[35] oder »Kinderhändlerring«[36]. Die Opfer, von denen die gehandelten Organe stammen, werden oft als »Ersatzteillager«[37], als »Organbanken«[38] und »Organreservoire«[39] oder als »Rohstoff«[40] bezeichnet – Metaphern, die ihre Entmenschlichung und ihre Degradierung zur Sache oder Ware unterstreichen. Die gleiche Funktion erfüllt auch das häufig benutzte Verb »Ausschlachten«[41], das Assoziationen zur Fleischgewinnung bei Nutztieren weckt.

Der Organhandel in Ägypten und Indien wurde oft mit der orientalistischen Metapher des »Organ-Basars« gefasst.[42] Der Kulturwissenschaftler John Frow macht mit Recht darauf aufmerksam, dass diese Medienberichte an einem in Westeuropa und Nordamerika verbreiteten Narrativ partizipierten, welches die sogenannte »Dritte Welt« als »ungeordnetes Anderes« konstruierte.[43] Sie transportierten stereotype Bilder von lateinamerikanischen und asiatischen Staaten als weitgehend rechtsfreie Räume, in denen aufgrund von Armut und Korruption grausame Gewaltverbrechen und Zivilisationsbrüche häufig sind. Aus westlicher Perspektive wies der Organhandel eine widersprüchliche Temporalität auf: Einerseits wurde er mit Rückständigkeit verbunden und erschien als Schatten der Vergangenheit, andererseits stand er für eine zukünftige Dystopie.

Die Bedrohung rückt näher

Auch wenn der Organhandel lange Zeit vorwiegend mit der »Dritten Welt« assoziiert wurde, so gab es schon bald Anzeichen, dass auch Europa und die Schweiz von dieser Praxis bedroht sein könnten. An einem Kongress 1990 in München zeigte sich der Direktor der Eurotransplant-Zentrale besorgt, dass der bisher auf Länder der »Dritten Welt« beschränkte Organhandel auf Europa übergegriffen habe.[44] Nach dem Fall des eisernen Vorhangs um 1990 waren es vor allem die osteuropäischen Staaten, die als Sitz von illegalen Organhandels-Gruppierungen ausgemacht wurden.[45] Die Angst vor dem Organhandel verschmolz dabei teilweise mit der Furcht vor der Russenmafia, die als neue Bedrohung aus dem Osten die Sowjetunion als Angst- und Feindbild ersetzte.[46] Bereits 1989 sorgte ein Fall für Aufsehen, wonach arme Türken in britischen Privatkrankenhäusern ihre Nieren verkauft hätten.[47] Aus der Bundesrepublik Deutschland wurde gleichzeitig von Versuchen berichtet, einen Organhandel aufzuziehen: Im Fokus standen die »Machenschaften« des »skrupellosen Edelmanns« Graf Adelmann von Adelmannsfeld, der in Briefen arme Deutsche zum Verkauf ihrer Organe aufrief, sowie die Aachener Firma »Internationale Transplantatvermittlung«, die Organe aus der »Dritten Welt« anbot.[48]

In der medialen Inszenierung erschien der Organhandel als akute Bedrohung, die – auch in der Schweiz – kaum mehr aufzuhalten sei. »Läuft es am Schluss nicht doch wieder darauf hinaus, dass diejenigen, die das nötige Kleingeld besitzen, sich auch auf illegale Weise ein menschliches Ersatzteil besorgen?«, fragte 1989 eine Kommentatorin in einer Gewerkschaftszeitung, und fügte an: »Das sind nun beileibe keine Phantasien, sondern bereits Tatsachen!«[49] Auch die *Basler Zeitung* befand wenig später, die Kommerzialisierung scheine nicht mehr zu stoppen zu sein.[50] Selbst die verantwortlichen Mediziner, auf deren Reaktionen ich weiter unten genauer eingehen werde, zeigten sich zum Teil pessimistisch: »In der Transplantationsmedizin haben die standesethischen Empfehlungen versagt. Den Organhandel gibt es, und er weitet sich aus. Die Gefahr von Missbräuchen besteht überall, auch in der Schweiz«, zitierte der *Beobachter* 1990 den Lausanner Nierenspezialist Jean-Pierre Wauters.[51] Und gegenüber der *Sonntags-Zeitung* erklärte ein Oberarzt am Universitätsspital Zürich, dass es nur noch eine Frage der Zeit sei, bis auch hierzulande Organhändler aufträten.[52]

Dass der Organhandel in der Schweiz angekommen war, belegten die Massenmedien anhand zweier Phänomene: Erstens wiesen sie auf Schweizer Organtouristen hin, die sich in der »Dritten Welt« eine Niere gekauft hatten. Neben den Hinweisen auf konkrete Einzelfälle[53] blieb die Einschätzung des Ausmaßes dieses Phänomens vage: Gilbert Thiel verriet 1993 der *Basler Zeitung*, er kenne nur gerade einen Fall;[54] Swisstransplant wusste 1995 laut Bund

von »einer Handvoll«;[55] und Rolf Schlumpf vom Universitätsspital Zürich erzählte 1996 im Beobachter von fünf nachgewiesenen Fällen.[56]

Zweitens thematisierten die Medien Verkaufs-Offerten an Schweizer Krankenhäuser: 1993 berichteten mehrere Zeitungen, dass Mittelsmänner aus Osteuropa kantonalen Krankenhäusern und Privatkliniken Organe gegen Geld angeboten hätten.[57] Die Zeitschrift *Cash* schrieb gar, seit dem Fall der Berliner Mauer würden die Schweizer fast täglich mit Organangeboten aus den ehemaligen Ostblockstaaten konfrontiert.[58] Dies dürfte etwas hoch gegriffen sein: So erzählte der Chirurg Rolf Schlumpf einige Jahre später, das Universitätsspital Zürich erhalte »ab und zu« Angebote aus dem Ausland – etwa sechsmal pro Jahr.[59] Alle betroffenen Institutionen betonten stets, diese Angebote kategorisch abgelehnt zu haben.

Symbol der missbräuchlichen Organbeschaffung

Spezielles Aufsehen erregten Fälle von Schweizerinnen und Schweizern, die ihre Niere zu verkaufen versuchten. Für Aufregung sorgte etwa Inserat im *Baslerstab* von 1990, in welchem ein 31-jähriger Mann seine Bereitschaft zu einer Nierenspende gegen Bezahlung bekannt gab.[60] Laut dem *Beobachter* musste auch die *Neue Zürcher Zeitung* schon einige Male Inserenten abweisen, die eine Niere zum Kauf anbieten wollten. Ein *Beobachter*-Redaktor schilderte zudem, wie er einen Ostschweizer davon abbringen konnte, seine Niere für 30.000 Franken in einer süddeutschen Klinik entfernen zu lassen.[61] Als eine Waadtländerin 1997 in einer Gratis-Zeitung ihre Niere für 180.000 Franken offerierte, kommentierte der *Sonntags-Blick*: »Bisher gab es solche Verzweiflungstaten nur in der Dritten Welt!«[62]

Ab Ende der 1980er Jahre, so lässt sich in einem zwischenzeitlichen Fazit festhalten, war der Organhandel in den Schweizer Massenmedien sehr präsent. Medienkonsumenten sahen sich einem »blühenden«[63]; »florierenden«[64] oder »boomenden«[65] Markt gegenüber, der sich unaufhaltsam ausbreitet und auch für die Schweiz eine konkrete Bedrohung darstellt. Der Signifikant »Organhandel« war nicht zuletzt deshalb so wirkmächtig, da er als Begriffs-Gefäß für unterschiedliche Praktiken diente, die im medialen Diskurs oft nicht differenziert wurden. Auch Vorfälle, bei denen es zu keiner ersichtlichen Kommerzialisierung von Organen gekommen war, wurden mitunter mit dem Label »Organhandel« versehen.[66] Der Begriff avancierte zum Symbol, zum Inbegriff einer falschen, missbräuchlichen oder illegitimen Organbeschaffung.

Einheitlich war denn auch die moralische Bewertung der verschiedenen mit dem Begriff bezeichneten Phänomene. Selbst als seriös geltende Zeitungen verfielen bei diesem Thema in eine drastische Terminologie: Der Organhandel wurde als »unmenschlich«[67], »grauenvoll«[68], »grausam«[69] »schauerlich«[70], »widerlich«[71], »schrecklich«[72]; »makaber«[73] oder als »diabolisch«[74]

bezeichnet. Die Händler erschienen als »skrupellos«[75], als »Dunkelmänner«[76] oder »dunkle Mächte«[77]. Die Meldungen wurden als »Horrorgeschichten« betitelt.[78] Tatsächlich funktionierte ein Großteil dieser Berichte auch in derselben Weise wie populärkulturelle Horror-Erzählungen. »Wie im Horrorfilm« kommentierte der *Blick* 1998 folgerichtig eine Meldung über Organhandel in Albanien.[79]

5.2 Organhandel als Phantasma

Der Organhandel in seiner massenmedialen Erscheinungsform, das hat sich gezeigt, war beides: eine reale Praxis und ein fiktives Narrativ, das gewissen Erzählmustern folgt. Ein Blick weiter zurück in die Vergangenheit offenbart, dass die Fiktion der realen Praxis gar vorausging. Noch bevor Mitte der 1980er Jahre die ersten Meldungen über Fälle in Indien oder Ägypten für Schlagzeilen sorgten, war der Organhandel Thema von Büchern und Filmen. Auf einige dieser Vorläufer möchte ich nun kurz eingehen.

Beim ersten Beispiel handelt es sich nicht um einen Roman, sondern um ein Sachbuch. Der Schweizer Soziologe Jean Ziegler untersuchte in seiner 1975 erschienen und vielbeachteten Studie *Die Lebenden und der Tod* den kulturellen Umgang mit dem Tod – wobei er die afrikanische Diaspora Brasiliens den vom Tod entfremdeten westlich-kapitalistischen Gesellschaften gegenüberstellte. Dabei ging er auch auf den Organhandel ein:

»Man hätte denken können, dass sich wenigstens der Körper, die letzte Bastion der konkreten Individualität, mit seinen geheimnisvollen Kreisläufen, seinen Organen und seinem geheimen Leben, diesem Warenkannibalismus entziehen würde. Irrtum. Die Nieren, das Herz, die Lunge und bald auch die Leber werden zur Ware. Die wichtigsten Organe des Menschen werden heutzutage gekauft, verkauft, transplantiert, gelagert und kommerzialisiert. Illustrierte Kataloge käuflicher Organe zirkulieren in der amerikanischen Krankenhauswelt. Banken und Börsen für Organe funktionieren mit wachsendem Ertrag. Die höchste Ware, der menschliche Körper, nimmt nunmehr lebendig oder tot an dem sinnlosen Kreislauf der produzierten, verbrauchten, reproduzierten und wieder verbrauchbaren Dinge teil.«[80]

Ziegler zeichnet hier ein erschreckendes Bild einer unkontrollierten Vermarktung von Körperteilen. Die Drastik der Beschreibung zeugt von einer gewissen Faszination für ein apokalyptisches Untergangsszenario, das auf der Angst vor dem Verlust des »wahren« Körpers beruht. Wir treffen hier auf ein Motiv, das für die Narrative über Organhandel zentral ist: Die Kommodifizierung des Körpers steht metaphorisch für eine extreme Form der kapitalistischen Ausbeutung des Menschen. Der Körper, hier verstanden als heiliger, natürlicher

Körper, fungiert in dieser Logik als »letzte Bastion der konkreten Individualität«, als letzter Rückzugsort, letzter Besitz des unterdrückten und ausgebeuteten Menschen.[81] Seine Verwertung bedeutet äußerste Gewalt und Unterwerfung; seine Inkorporation in den Markt, seine Profanisierung zur Ware, kündigt vom totalen Sieg des »Warenkannibalismus«.

Folkloristen haben die weiter oben beschriebenen lateinamerikanischen Organraub-Legenden in einer ähnlichen Weise als Protest-Narrative interpretiert, als Waffen der Unterdrückten, die eine soziale Kritik artikulieren und in ein kollektives Bewusstsein rufen. Der Diebstahl von Körperteilen der Armen für die Lebensverlängerung der Reichen steht in dieser Sichtweise symbolisch für die Ausbeutung und Unterdrückung der Armen Lateinamerikas durch die heimischen Eliten und die westlich-imperialistischen Staaten.[82]

Organhandels-Thriller

Auch der französische Film TRAITEMENT DE CHOC[83], der 1973 in die Kinos kam, wurde von den Rezensenten als Kritik an der Ausbeutung der »Dritte Welt« und des Proletariats gelobt. Im Zentrum des Thrillers mit dem französischen Filmstar Alain Delon steht eine Klinik, in der reiche Patienten dank Blut und Organen der armen Angestellten verjüngt werden.[84] Etwas weniger explizit wurde das Motiv der sozialen Ungerechtigkeit bei den Organhandels-Thrillern verhandelt, die ab Ende der 1970er Jahre auf den Markt kamen. Prototyp des Genres war der Roman *Coma* von Robin Cook von 1977, der ein Jahr später von US-amerikanischen Regisseur Michael Crichton für die Leinwand adaptiert wurde.[85] Im Buch und im Hollywood-Film, der auch in Schweizer Kinos lief, geht es um einen von Ärzten kontrollierten Organhandelsring, der Körperteile in die ganze Welt verkauft – wobei Zürich im Film explizit als Abnehmer einer Niere auftritt. Die involvierten Mediziner beschaffen sich die Organe, indem sie Patienten während Operationen absichtlich in ein tödliches Koma versetzen. Der Film enthält einige eindrückliche und einprägsame Szenen und Bilder, auf die später in der weltweiten Diskussion um Organhandel öfters verwiesen wurde.[86]

Kurze Zeit nach COMA sorgte in Deutschland der preisgekrönte und auch international beachtete Spielfilm FLEISCH für Aufregung – einer der erfolgreichsten Filme der deutschen Fernsehgeschichte.[87] Er dreht sich ebenfalls um ein Ärzte-Syndikat, das Organe von entführten und getöteten Touristen verkauft. Bereits die Erstausstrahlung 1979 im deutschen Fernsehen aber auch die späteren Wiederholungen waren von einer Medien-Kontroverse und Protesten aus der Ärzteschaft begleitet, die aus Angst, der Film nähre das Misstrauen gegen die Transplantationsmedizin, wiederholt seine Absetzung forderte.[88] Bereits 1972 hatte sich eine Folge der beliebten deutschen Krimi-Serie TATORT dem Thema Organhandel gewidmet.[89]

Populärkulturelle Narrative vor allem aus dem Science Fiction-Genre, die biomedizinische Entwicklungen thematisieren, dienen laut neueren kulturwissenschaftlichen Studien zum Verhältnis von Fiktion und Wissenschaft als Experimentierfelder, als imaginäre Labors, in denen biomedizinische Techniken und ihre Folgen verhandelt werden. Sie bilden somit Kampffelder um gesellschaftliche Deutungsmacht über diese Phänomene, die nicht nur wissenschaftlichen und medizinischen Experten, sondern auch Laien offen stehen. Dabei bleiben diese Narrative oft ambivalent: Einerseits ermöglichen sie die Realisierung biomedizinischer Zukunftsszenarien, indem sie ihnen gleichsam imaginär den Weg bahnen. Andererseits machen sie diese Szenarien und gleichzeitig die Macht der Wissenschaft auch kritisier- und angreifbar.[90]

Die frühen Organhandels-Thriller haben als Science-Fiction-Geschichten die Kommerzialisierung und die kriminelle Unterwanderung der Transplantationsmedizin antizipiert und reflektiert, bevor diese zu einem realen Problem avancierten. Sie haben – und das ist wichtig – damit schon früh das kollektive Bewusstsein für das dieser medizinischen Technik inhärenten Missbrauchspotential geprägt. Exemplarisch lässt sich das anhand eines dreiseitigen Artikels über die Transplantationsmedizin in der Schweiz nachvollziehen, der 1980 in der *Weltwoche* erschien. Als visueller Aufhänger des Artikels mit dem Titel »Der Mensch – ein Ersatzteillager?« diente ein halbseitiges Bild aus dem Film Coma. Es zeigt eines der einprägsamsten visuellen Motive des Streifens, das auch auf dem Filmplakat abgebildet war (vgl. Abb. 5): Die Opfer des Organhandelsringes hängen fast nackt, in einem künstlichen Koma konserviert an Fäden in einer Art gigantischem Tresorraum der Organbank, einer Lagerhalle für menschliche Ersatzteile.


Jede Woche exklusiv WELTWOCHE REPORT

Der Mensch – ein Ersatzteillager?

Abbildung 5: Ausschnitt eines Zeitungs-Artikels mit einem Bild aus dem Film Coma (Weltwoche, 17.12.1980)

Der Artikel selber beginnt mit einem szenischen Einstieg, der die Geschichte des Films nacherzählt. Erst nach mehreren Abschnitten wird der fiktive Gehalt des Beschriebenen offen gelegt: »Die grausigen Entdeckungen der jungen Ärztin entstammen freilich nur dem Thriller ›Coma‹. Doch wie weit ist die Realität von der makabren Leinwand-Utopie entfernt?«. Nun folgt der eigentliche Bericht über die Realität der Schweizer Transplantationsmedizin, der – recht nüchtern – die Erfolge, aber auch die Probleme dieser noch jungen medizinischen Sparte erörtert. Er endet mit dem Appell, sich über eine Organspende Gedanken zu machen und einer Anleitung, wie der Spendenwille festgehalten werden kann.[91]

Die sachliche und durchaus wohlwollende Auseinandersetzung mit der Organtransplantation wird jedoch vom Eingangs-Motiv des Organhandels überschattet. Die Schreckensvision aus dem Film bildet als potentielles Zukunftsszenario gleichsam den Horizont, den Interpretationsrahmen des Themas. Die Fiktion bzw. die »Science-Fiction« bestimmte, so zeigt dieses Beispiel, die Deutung der expandierenden Transplantationsmedizin in der Schweiz mit. Als Ende der 1980er Jahre die ersten Berichte über Organhandel in der »Dritten Welt« Schlagzeile machten, so mussten diese den Lesern durchaus vertraut, gleichwohl aber unheimlich erscheinen. Besonders unheimlich wirke, so Sigmund Freud in seiner Abhandlung über das Unheimliche, wenn »die Grenze zwischen Phantasie und Wirklichkeit verwischt wird, wenn etwas real vor uns hintritt, was wir bisher für phantastisch gehalten haben«.[92]

Moderne Legenden

Bis heute bildete der Organhandel das Thema von zahlreichen Krimi-, Horror- und Science Fiction-Geschichten, die über unterschiedliche populärkulturelle Medienarten wie Groschenhefte, Romane, Comics sowie Kino- und Fernsehfilme ein breites Publikum erreichten.[93] Neben der großen Präsenz in der Populärkultur manifestierten sich Horror-Geschichten vom Organhandel auch in einer anderen Weise: Sie fanden Verbreitung als zeitgenössische Legenden, auch moderne Wandersagen oder *urban legends* genannt – skurrile Geschichten, die meist mündlich, später oft über E-Mails weitergegeben werden und deren Quelle sich gewöhnlich nicht mehr zurückverfolgen lässt.[94] Diese Legenden unterscheiden sich insofern von den fiktiven Organhandels-Stories in der Populärkultur, als dass sie zumindest teilweise einen Wahrheitsanspruch haben bzw. als wahre Begebenheiten rezipiert werden. Oder wie man es mit dem Philosophen und psychoanalytischen Kulturtheoretiker Slavoj Žižek ausdrücken könnte: Wir glauben zumindest daran, dass die anderen daran glauben.[95] Aufgrund ihrer oralen Tradierung sind sie retrospektiv nur fassbar, wenn sie von den Massenmedien aufgenommen wurden oder in volkskundlichen Sagen-Sammlungen eingegangen sind.[96]

Weiter oben sind wir den Organraub-Legenden begegnet, die ab Ende der 1980er Jahre vor allem in Lateinamerika kursierten, aber auch weltweit diffundierten. In Europa und Nordamerika verbreitete sich ab 1990 eine spezielle Version dieser Legende: Die Geschichte vom Mann mit der gestohlenen Niere. Das Opfer stammt dabei aus einem reichen, westlichen Staat. Zunächst lokalisierten die Anekdoten den Organdiebstahl im Ausland, vornehmlich in der Türkei, auf der Balkanhalbinsel oder in Lateinamerika; die Bestohlenen waren Touristen. Doch bald schon rückte der Horror näher: Tatort war nun die weitere oder nähere Umgebung des Opfers.[97]

Im Juli 1992 berichtete beispielsweise die *Basler Zeitung* von einem kanadischen Studenten, der in New York von einer attraktiven Frau verführt wurde, verschwand und drei Tage später mit frischer Narbe und fehlendem Organ aufgefunden wurde. Der Artikel ist insofern bemerkenswert, als dass die Zeitung den Fall als Tatsachenbericht präsentierte: Laut der New Yorker Polizei kämen solche Organdiebstähle immer häufiger vor; es habe sich ein Schwarzmarkt entwickelt, wo happige Preise bezahlt würden.[98] Zur gleichen Zeit kursierten in der Schweiz auch Geschichten, bei deren Opfern es sich um Schweizer handelte: Bereits im Januar hatte die Zeitung *Der Bund* darauf aufmerksam gemacht, dass in Bern Anekdoten über einen Organraub in Paris erzählt würden. Drei spezifische Erzählungen werden genannt: Immer handelt es sich um junge Berner Männer, die nach Paris reisen, dort betäubt werden und mit einer Niere weniger wieder aufwachen. Die Zeitung thematisierte die Geschichten explizit als moderne Sagen.[99] Im März berichtete die Westschweizer Zeitschrift *Illustré* über ähnliche Legenden, die in der Schweiz zirkulierten, und zitierte sieben unterschiedliche Versionen. Ein Jahr später sorgte dann die Erzählung über einen Nierenraub an Kindern im Eurodisney-Vergnügungspark in Paris vor allem in der Westschweiz für Aufregung.[100]

Nierenraub-Geschichten, die den Tatort in der Schweiz selber ansiedelten, tauchten vermutlich erstmals im Sommer 1992 im Raum Basel auf. Dort ging die Rede von einem Mann, der in einem öffentlichen Parkhaus überfallen und seiner Niere beraubt worden sei. Im Juli nahm die Basler Kriminalpolizei aufgrund der mündlich umlaufenden Gerüchte Ermittlungen auf – die aber ohne Ergebnis blieben.[101] In einem Zeitungsinterview wurden die Basler Transplantationsärzte Jonas Landmann und Gilbert Thiel mit dem Nierenraub-Gerücht konfrontiert: »Vom angeblichen Nierenraub haben wir gehört«, erklärte Thiel. »Wir haben aber noch niemanden gefunden, der den Betroffenen kennt. Wir wären aber brennend daran interessiert, den Mann zu sehen und ihm zu helfen. Aber alle unsere Bemühungen sind fruchtlos geblieben.«[102] Es bleibt unklar, ob die Mediziner die Geschichte tatsächlich für plausibel hielten, oder ob es sich um eine vorsichtig gewählte Formulierung handelt, um die Gerüchte zu dementieren. Auch wenige Jahre später, so berichtete ein Basler Journalist, sei die Legende in Basel wieder aufgetaucht.[103]

Laut dem Volkskundler und Erzählforscher Rolf Wilhelm Brednich hat sich die Sage über den Nierenraub in der Parkgarage vom Raum Straßburg/Basel/Freiburg aus rheinab und rheinaufwärts ausgebreitet.[104] Die Geschichte vom Nierenklau, so schrieb *Blick* anfangs 1993, versetze derzeit Tausende von Schweizern in Angst. Sie wandere durch die ganze Schweiz – »von Einkaufszentrum zu Einkaufszentrum, von Tiefgarage zu Tiefgarage«.[105] Für Aufregung sorgte die Legende vor allem im Einkaufszentrum Glatt in der Nähe von Zürich. Der Zentrumsleiter erzählte der Presse: »Wir wurden per Telefon und in den Läden von Hunderten von Kunden bestürmt, ob diese Geschichte wahr sei. Wir haben bei der Polizei nachgefragt. Es ist wirklich nur ein Gerücht.«[106] Auch das Schweizer Fernsehen wurde aufmerksam und wollte offenbar die Blutspuren des Opfers vor Ort recherchieren.[107] Schließlich berichtete die Sendung 10 vor 10 von dem Fall – wobei sie das Gerücht ebenso wie *Blick* als moderne Sage klassifizierte.[108] Der Transplantationsspezialist Felix Largiadèr sprach von einer »Räubergeschichte«. In der Schweiz, so der Zürcher Arzt, sei es unmöglich, eine illegal beschaffene Niere zu verpflanzen.[109] Zwei Jahre später sah *Der Bund* immer noch viel Aufklärungsbedarf: »Die Mär vom Touristen, der im Ausland überfallen, verschleppt und betäubt wird und sich danach seiner Niere beraubt sieht, geistert als tolle Boulevard-Story noch immer in den Köpfen vieler herum.«[110]

Weshalb waren die Organhandels-Geschichten so populär?

Der »Organhandel«, so lässt sich bilanzieren, erfreute sich als Motiv in der Populärkultur großer Beliebtheit. Zudem bildete er das Thema von mündlich überlieferten Anekdoten, die besonders 1992 und 1993 in der Schweiz weite Verbreitung fanden und bisweilen hysterische Panik-Reaktionen hervorriefen. Gewiss war es nicht abwegig, zu Beginn der 1990er Jahre den Organhandel als Bedrohung wahrzunehmen. Trotzdem: Weder die häufige Thematisierung in Krimis und Thrillern noch die Popularität der Organraub-Legenden stand in einem angemessenen Verhältnis zur realen Gefahr, die der Organhandel und insbesondere der Organraub in den westeuropäischen Staaten und speziell in der Schweiz darstellten. Organhandel in der Schweiz – das war eben auch und vor allem ein Narrativ, ein mediales Konstrukt, das sich als hochansteckender *media virus*[111] (Douglas Rushkoff) weiterverbreitete und die mentalen Vorstellungswelten der Schweizer Bevölkerung infizierte. Doch was machte diese Geschichten über Organhandel und Organraub so attraktiv? Weshalb waren sie so erfolgreich, wieso hat man ihnen so gerne zugehört? Und weshalb erschienen sie vielen als plausibel?

Diese Fragen werde ich zunächst aus einer psychoanalytischen und anschließend aus einer diskursgeschichtlichen Sichtweise beantworten: Ich werde einerseits argumentieren, dass die Organhandelsgeschichten den Aus-

druck eines Unbehagens ermöglichten, das im dominanten Diskurs nicht ausgedrückt werden kann, und andererseits, dass sie inhaltlich an eine alte und wirkmächtige Erzähltradition anschlossen.

Bleiben wir zunächst bei den modernen Legenden: Volkskundler interpretieren sie als kulturelle Symbole und kollektive Phantasien, die gesellschaftliche Ängste und Wünsche ausdrücken und moralische Botschaften transportieren.[112] Der Soziologe und Erzählforscher Johannes Stehr klassifiziert die Nierenraub-Sage als Gefahren-Geschichte mit Bemächtigungsszene: Diese Geschichten handeln von der Bemächtigung von Personen durch gefährliche Mächte im eigenen Territorium. Sie thematisierten, so Stehr, gesellschaftliche Veränderungen, die als Entfremdung erlebt werden und adressierten Vertrauenskrisen, die sich vor allem als Misstrauen gegen zentrale gesellschaftliche Institutionen und ihr Experten-Personal äußerten. So diskutiere die Nierenraub-Legende das Verhältnis des Laienpublikums zur modernen Medizin. Diese erscheine als gefährliche, dem Alltagsleben entfremdete Institution, der nicht mehr vertraut werden kann.[113]

Auch Campion-Vincent sieht die Organraub-Legenden nicht nur, wie oben erwähnt, als Artikulation eines sozialkritischen Protests, sondern ebenso als Ausdruck einer Kritik an der modernen Medizin und dem medizinischen Establishment. Sie geht weiter als Stehr, indem sie die Legenden direkt mit der Praxis der Transplantationsmedizin in Verbindung bringt: Die Nierenraub-Sagen, so Campion-Vincents These, erlaubten die indirekte Äußerung eines Unbehagens über die Organtransplantation, das auf Unsicherheiten und Ängsten hinsichtlich der Organspende beruhe – etwa im Zusammenhang mit der Verletzung körperlicher Identität oder dem Hirntodkonzept. Der direkte Ausdruck dieses Unbehagens sei unmöglich, weil es einem grundlegendem Dogma widersprechen würde – nämlich, dass Medizin wohltätig und wohlwollend sei. In den Horror-Geschichten manifestiere sich die Spannung zwischen dieser grundsätzlichen positiven Bewertung der Medizin und den ablehnenden, angstbeladenen Gefühlen, die mit ihr verbunden sind.[114]

Die Rückkehr des Traumatischen

Ruft man sich vor dem Hintergrund dieser Überlegungen die bisherigen Resultate dieser Arbeit in Erinnerung, so lässt sich eine übergreifende, die verschiedenen Teile dieser Arbeit integrierende Argumentation entwickeln. Denn die Wirkmächtigkeit der Organhandelsgeschichten verweist zurück auf die zentralen Probleme der Praxis der Organspende: Wir haben gesehen, dass der Prozess der Organspende im Krankenhaus bei allen Beteiligten gefühlsmäßige Irritationen hervorrief, die aus der Diskrepanz unvereinbarer Vorstellungen und Konzepte von Körper und Sterben resultierten. Der hirntote Patient war

gleichzeitig eine sterbende Person und eine depersonalisierte Organressource – zwei Perspektiven, die kaum vermittelbar sind.

Die Verantwortlichen versuchten, die Widersprüche und die emotionalen Konflikte zu entschärfen, indem sie etwa das Geschehen in einen medizinisch-wissenschaftlichen oder moralischen Diskurs übersetzten oder die Emotionen umdeuteten und positiv besetzen. Die Herausforderung bestand letztlich darin, den oft als traumatisch erlebten Organspende-Prozess in einer Weise zu symbolisieren, die es gestattet, ihn bruchlos in den Sinnhorizont der Beteiligten einzupassen. Im öffentlich-medialen Sprechen setzte sich weitgehend die Deutung durch, welche die Organspende als Geschenk des Lebens und damit als moralisch gute Tat konzipierte.

Die Art und Weise, wie die Phantasie des Organhandels und Organraubs ab Ende der 1980er Jahre im kollektiven Imaginären explodierte, deutet darauf hin, dass diese Symbolisierung der Organspende nicht oder nur teilweise erfolgreich war. Es blieb ein nicht-symbolisierbarer Rest: verstörende Erfahrungen rund um den Hirntod, die Verstümmelung und Verwertung des Körpers, die Trauer über den Verlust eines Menschen; Erfahrungen, ob denen es einem mitunter erstmals die Sprache verschlägt – wie dem im dritten Kapitel erwähnten Ehepaar, das lange nicht über die Organspende ihres Kindes sprechen konnte – und die im dominanten medizinischen und moralischen Diskurs ausgeklammert blieben oder positiv umgedeutet wurden.

Diesen Rest könnte man in Rückgriff auf Lacans psychoanalytische Kategorien als das Reale bezeichnen: als das Nicht-Symbolisierbare, das dort auftaucht, wo das Symbolische Brüche, Risse, Löcher oder Grenzen hat.[115] Die Bruchhaftigkeit des Diskurses der moralisch guten Spende manifestiert sich auch in der ihm eingeschriebenen Widersprüchlichkeit: Er setzt die Verlängerung des körperlichen Lebens als absoluten Wert, macht aber gleichzeitig den Tod und die körperliche Desintegration zu ihrer Voraussetzung – eine Spannung, die kaum restlos aufzulösen ist. Gleichzeitig steht das zentrale Postulat der Uneigennützigkeit der Organspende und die Vorstellung des Organs als Geschenk im Widerspruch zum organisatorisch-ökonomischen Diskurs des Organmangels und des Organaustauschs, der das Organ als knappe, begehrenswerte Ressource oder gar als Ware konzipiert.

Die fiktiven Organhandels-Geschichten können konzeptionell als Effekt dieser Widersprüchlichkeit und Bruchhaftigkeit des Organspende-Diskurses gefasst werden. Sie erfüllen die Funktion eines Phantasmas: Indem sie dem angstbeladenen Traumatischen der Organspende, das im Realen wiederzukehren und den Diskurs zu sprengen droht, einen symbolischen Ausdruck geben, es benennen, wehren sie es gleichzeitig ab und machen es erträglich. Sie geben dem Schrecken ein Gesicht, um ihn zu bannen, und bilden so einen phantasmatischen »Schirm«, der vor dem Realen schützt.[116] Vor diesem Hintergrund wird die große Popularität der Organhandels-Geschichten verständlich: Sie bil-

dete gleichsam den Schatten der vordergründigen Akzeptanz der Organtransplantation und der erfolgreichen moralischen Inszenierung der Organspende. Auf die Rezipienten wirkten diese Geschichten unheimlich: Das Unheimliche, so Sigmund Freud, sei das einst Vertraute, »das eine Verdrängung erfahren hat und aus ihr wiedergekehrt ist«.[117] Gleichzeitig wurde die phantasmatische Abwehr des schrecklichen Realen, der Prozess der Angstbewältigung, als Genuss erlebt. Ihren Erfolg verdanken die Krimi-, Thriller-, Horror- und Science Fiction-Geschichten wie auch die modernen Sagen über Organhandel nicht zuletzt dem Umstand, dass sie dem Rezipienten eine Lust am Schaudern ermöglichen.[118]

Vertraute Erzählmotive

Die inhaltliche Ausgestaltung des Phantasmas – die Motive des Organraubs und Organhandels – ist jedoch erklärungsbedürftig. Das Sprechen über das eigentlich Unsagbare kann nicht aus dem Nichts erzeugt werden, sondern muss sich Worten und Bildern bedienen, die bereits zur Verfügung stehen.[119] Damit kommen wir von der psychoanalytischen zur diskursgeschichtlichen Perspektive: Die Organhandels-Geschichten reihten sich ein in ältere Erzähltraditionen, deren Motive, Figuren und Plots sie mit der modernen Thematik der Organtransplantation verbanden und aktualisierten.

Campion-Vincent sieht in der zeitgenössischen Organraub-Legende eine moderne Variante der uralten und weltweit wirkmächtigen »Sage von der Schlachtung der Unschuldigen«. Böse Mächte, so das zentrale Motiv dieser Erzähltradition, schlachten Unschuldige – oft Kinder –und verleiben sie sich ein, um so ihre eigenen Kräfte zu stärken. Dieses verschwörungstheoretische Grundmuster manifestierte sich in immer neuen narrativen Zyklen – etwa in Erzählungen über Hexen, Oger, Vampire, Werwölfe und Pishtacos oder in mittelalterlichen Geschichten über jüdische Ritualmorde.[120] Auch der Historiker Valentin Groebner betont die historischen Vorläufer der Organhandels-Geschichten und macht darauf Aufmerksam, das der verkaufte Mensch bereits im Spätmittelalter eine vertraute Erzählfigur war: Die europäische Vormoderne stelle problemlos ein ganzes Repertoire an Geschichten über den verkauften Körper als Exempla extremer illegitimer Gewalt bereit – einer Gewalt, die gewöhnlich mit dem politischen oder religiösen Gegner assoziiert wurde.[121]

Besonders die Organraub-Geschichten in der Populärkultur reihen sich aber vor allem in ein populärkulturelles Genre ein, das genuin modern ist und seinen Prototyp in Mary Shellys 1818 erschienenen Novelle *Frankenstein* hat. Dieses Narrativ kreist um die unheimliche und gleichzeitig faszinierende Vorstellung der künstlichen Erzeugung menschlichen Lebens und thematisiert die Hybris einer entfesselten biomedizinischen Technologie.[122] Die Verpflanzung und der Raub von Körperteilen spielte oft eine wichtige Rolle in diesem

Genre, das im 20. Jahrhundert in unzähligen Variationen repetiert wurde – in Romanen, Comic-Büchern, im Radio, Fernsehen, Kino und im Theater.[123] Alleine in den 1960er Jahren bildete die Transplantation ein Hauptthema in elf in den USA produzierten Horrorfilmen in der Frankenstein-Tradition. In allen elf Fällen war die Beschaffung der transplantierten Organe mit Mord verbunden.[124]

Zentral für das Genre ist die Figur des *mad scientist* – das furchterregende Gegenstück zum väterlichen Arzt, zum vertrauenswürdigen »Halbgott in Weiss«, wie er etwa vom weiter oben erwähnten Dr. Brinkmann in der Fernsehserie SCHWARZWALDKLINIK repräsentiert wird.[125] Ein typischer *mad scientist* ist Chefarzt Dr. Harris, der Kopf der Organhandels-Geheimorganisation aus dem Film COMA. Gegenüber der jungen Ärztin Sue rechtfertigt er sein Handeln in einem eindrücklichen Monolog gegen Ende des Films wie folgt:

»Amerika gibt 125 Billionen Dollar im Jahr für Gesundheit aus, mehr als für die Verteidigung, weil die Amerikaner an ärztliche Betreuung glauben. Diese grossen Krankenhauskomplexe sind die Kathedralen unseres Zeitalters, Billionen Dollar, Tausende von Betten. Eine ganze Nation kranker Menschen kommt zu uns um Hilfe. [...] Es sind Kinder, Sue, sie vertrauen uns. Wir können ihnen nicht alles sagen. [...] Wir müssen immer den weitsichtigen Standpunkt einnehmen. Nicht die Meinung des Individuums, sondern die der Gesellschaft als ganzer. Denn die Medizin ist eine grosse soziale Macht; das Individuum ist zu klein. [...] Betrachten sie's doch mal vom praktischen Standpunkt. Jemand muss sich mal zu Entscheidungen aufraffen, wir können nicht ewig warten. Wenn die Gesellschaft nicht bereit ist, zu entscheiden, müssen wir entscheiden; wir müssen die harten Entscheidungen treffen.«[126]

Narrative um den *mad scientist*, das zeigt sich hier deutlich, artikulieren die Furcht vor einer unkontrollierbaren, destruktiven Wissenschaft und Medizin, die ihre Maßstäbe und damit auch die Achtung vor dem Leben anderer verliert – und diese den wissenschaftlichen Zielen opfert. Sie verhandeln in einer kritischen Weise ihre gesellschaftliche Macht und ihr hierarchisches Verhältnis zu den Laien.[127]

In dieselbe narrative Tradition lassen sich auch die Geschichten einordnen, die zu Beginn des 19. Jahrhunderts in England und in anderen Ländern über Kindsentführung und Mord hinsichtlich der Beschaffung von Leichen für die anatomische Sektion erzählt wurden. Diese Erzählungen hatten – wie später auch die Organhandels-Geschichten – reale Hintergründe: Der Leichenraub durch sogenannte *bodysnatchers*, welche ihre Beute Ärzten und Krankenhäusern verkauften, kam im 18. und 19. Jahrhundert in Europa und Nordamerika immer wieder vor.[128] In Großbritannien kam es dabei in mehreren Fällen nachweislich auch zu Tötungsdelikten. Vor allem die Mordserie von William Burke und William Hare 1827 und 1828 in Edinburgh, die ihre 16 Opfer an

das Edinburgh Medical College verkauften, erregte international Aufsehen und wurde später literarisch und filmisch verarbeitet.[129] Als Reaktion auf diese Verbrechen ermöglichte der 1832 in Großbritannien erlassene Anatomy Act den Medizinern den legalen Zugriff auf die toten Körper von armen Insassen von Krankenhäusern, Arbeitshäusern und Gefängnissen. Im deutschsprachigen Raum bezogen die Mediziner ihre Leichen bereits ab dem 18. Jahrhundert von solchen Institutionen.[130] Im 18. und 19. Jahrhundert war deshalb vor allem bei Armen die Angst verbreitet, als anatomisches Untersuchungsobjekt zu enden.[131] Die Furcht, dass die Ärzte mehr am eigenen Tod als am eigenen Überleben interessiert sind, dass die eigenen Körperteile als kostbarer erachtet werden als das eigene Leben, dass man tot wertvoller ist als lebendig – sie bildete auch das zentrale Motiv der zeitgenössischen Organhandels-Geschichten.[132] Laut der Kulturhistorikerin Joanna Bourke erlebte die Angst vor den *bodysnatchers* anlässlich der Organtransplantation ein Revival.[133]

»Gruselgeschichten der Medizingeschichte«

Erst die alten Erzählungen, an welche die Organhandels-Geschichten anschlossen, gaben ihnen ihr Gewicht und machten sie derart wirkungsvoll, da sie dem Publikum so bekannt vorkamen. Das Publikum, so Groebner, erschrecke am liebsten vor etwas, das es bereits kenne.[134] Die Narrative von Organhandel und Organraub setzten sich aus imaginären Versatzstücken zusammen, die das westliche Imaginäre schon seit langem und bis heute bevölkern: Bilder vom gewaltsam ausgebeuteten und verwerteten Körpern, von einer fehlgeleiteten, gefährlichen Medizin und von größenwahnsinnigen, verantwortungslosen Medizinern. Die Organhandels-Geschichten koppelten die moderne medizinische Technik der Organtransplantation und insbesondere den Bereich der Organbeschaffung an diese alten Motive und stellten sie damit in die Traditionslinie einer pervertierten Medizin, deren ursprünglich philanthropische Ziele sich in ihr Gegenteil verkehrten und als deren Höhepunkt gemeinhin die »Medizin ohne Menschlichkeit« im NS-Regime gilt.[135]

Ein solches medizinhistorisches Narrativ findet sich beispielhaft in der 2004 erschienenen Studie *Der entseelte Patient* der deutschen Kulturwissenschaftlerin Anna Bergmann.[136] Sie erzählt die Geschichte der modernen Medizin als Prozess einer fortschreitenden »erbarmungslosen Verdinglichung von Menschen«[137] und zieht eine Kontinuitätslinie von den vormodernen anatomischen Theatern über die Menschenexperimente in den nationalsozialistischen Konzentrationslagern bis hin zur Transplantationsmedizin. Die Einordnung der Organtransplantation in »wahre und erfundene Gruselgeschichten der Medizingeschichte«[138] – wie es in einer Rezension über Bergmanns Werk heißt – wurde also nicht nur von der Populärkultur, sondern bisweilen auch von der Kulturwissenschaft selbst vollzogen. Wie bereits am Beispiel von Nancy

Scheper-Hughes und Jean Ziegler deutlich wurde, replizierte die kulturwissenschaftliche Forschung mitunter die in Populär- und Laienkultur evozierten Bedrohungsszenarien.

Das mediale Sprechen über die Organspende, das hat sich am Beispiel der Organhandels-Narrative gezeigt, fand in einem historischen Echoraum statt, der einen Vorrat von Metaphern, Bildern und Geschichten bereit hält. Auch der Diskurs der guten Spende bediente sich, wie wir gesehen haben, vertrauter und wirkmächtiger historischer Motive – die das Gegenstück zur den Motiven der Organhandels-Geschichten darstellten: Das Ideal des Körper-Geschenks als Grundlage von Gemeinschaft, das Bild einer stets fortschreitenden, wohltätigen und vertrauenswürdigen Medizin und die Utopie des regenerierbaren Körpers und des ewigen Lebens. Die beiden entgegengesetzten und gleichzeitig aufeinander bezogenen Narrative waren gleichsam Zwillinge, die jeweils eine Seite eines höchst ambivalenten Traums der Moderne repräsentieren: Der Traum eines technisch beherrsch- und verlängerbaren Lebens, der sowohl von Faszination und Hoffnung als auch von Unsicherheiten und Ängsten begleitet war.

Ambivalente Wirkungen

Doch was bedeuteten das Aufkommen und der Erfolg der fiktiven Organhandels-Geschichten für die Transplantationsmedizin? Die vorausgehenden Überlegungen deuten darauf hin, dass ihre Wirkung ambivalent war: Einerseits bildeten sie den phantasmatischen Rahmen der Organtransplantation und ermöglichten damit ihren Normalbetrieb und ihre Akzeptanz, indem sie die mit ihr verbundenen Ängste abwehrten oder zumindest kanalisierten und somit erträglich machten.[139] Dieser stabilisierende und beruhigende Effekt wird in den meisten populärkulturellen Organhandels-Narrativen dadurch unterstützt, dass am Ende die medizinische Grenzüberschreitung korrigiert, der Täter bestraft und der Status Quo wieder hergestellt wird.[140]

Andererseits spricht einiges dafür, dass die fiktiven Schauergeschichten den Ängsten gegenüber der Organspende überhaupt erst Vorschub leisten. Die Beziehung zwischen der Phantasie und dem Horror des Realen, den sie verberge, sei vieldeutig, stellt der Philosoph und psychoanalytische Kulturtheoretiker Slavoj Žižek fest: Die Phantasie verberge zwar den Schrecken, gleichzeitig erschaffe sie aber dasjenige, was sie zu Verdrängen vorgebe.[141] Vor einem ganz anderen theoretischen Hintergrund aber sehr ähnlich argumentiert auch der Erzählforscher Stehr, der im Bezug auf die modernen Sagen von einem »Gefahren-Paradox« spricht: Die Sagen funktionierten als Rituale zur Bannung von Gefahren, indem sie Szenen und Figuren anbieten würden, mit denen etwa Vertrauenskrisen bearbeitet und Sicherheit im Umgang mit Unsicherheit gewonnen werden könnten. Je verbreiteter diese Rituale aber würden, desto

grösser werde die Wahrscheinlichkeit, dass die narrativ geformten Gefahren begännen, die Alltagswirklichkeit zu gestalten. So würden die Sagen eine gefährliche Wirklichkeit schaffen, die durch sie gerade gebannt werden sollte.[142]

Auch die historischen Akteure glaubten an die faktische Kraft des Fiktionalen: Die Transplantationsärzte und Patientengruppen, die sich in den 1990er Jahren für die Organspende engagierten, waren überzeugt, dass diese fiktiven Geschichten sehr reale und schädliche Auswirkungen haben. Sie sahen in den erfundenen und medial verbreiteten Stories eine Gefahr für die Akzeptanz der Organspende. Die jüngsten Gerüchte über Organraub in Lateinamerika und auch in der Schweiz, so schrieb ein Lausanner Chirurg 1992 in einer Tageszeitung, könnten dazu beitragen, die Organspende-Rate zu senken.[143] Der Präsident der Organspende-Stiftung Les As de Coeur erklärte ein Jahr später zur Geschichte vom Nierenraub im Eurodisney-Freizeitpark: »Ces rumeurs tuent la générosité des donneurs et on a une peine affreuse à trouver les organes nécessaires.«[144] Dass der Organspende-Lobbyist hier das Verb »töten« benutzt, ist bemerkenswert, und zeugt von der zentralen Position des Signifikanten »Tod« (als Gegenstück zum Leben) im Organspende-Diskurs: Gleichzeitig mit der Großzügigkeit der Spender, so die metaphorische Botschaft, würden auch die Empfänger umgebracht. Auch die Zeitschrift *Re-naissance* thematisierte 1996 die negativen Konsequenzen der »Grossstadtmythen« und »Schauermärchen« über den Handel mit Organen von Kindern. Sie zitierte den Präsidenten der Europäischen Gesellschaft für Organtransplantation, der zu Protokoll gab, dass solche sensationslüsternen, rein erfundenen Berichte größten Schaden anrichteten, wenn es darum gehe die Organspende zu fördern. Schuld an Stagnation und Rückgang der Spenden sei die negative Einstellung zu Organverpflanzungen, die durch solche Falschmeldungen bewirkt werde.[145]

Aus einer anderen Perspektive ließen sich die fiktiven Geschichten auch weit positiver bewerten: als durchaus berechtigte medizin- und gesellschaftskritische Interventionen mit den Mitteln der Populär- und Laienkultur. In diesem Sinne verteidigten einige deutsche Medien 1979 den Film FLEISCH gegen die Angriffe der Transplantationsmediziner – als interessanter Diskussionsbeitrag zur Organspende-Debatte oder als Kritik an Zuständen, die einen Organ- und Menschenhandel denkbar machen.[146]

5.3 Verteidigungsstrategien

Als der Herztransplantierte Hans-Rudolf Müller-Nienstedt 1995 die Basler Fasnacht besuchte, hatte er eine überraschende Begegnung: »Plötzlich tauchen in dem Gedränge riesige, leicht schwankende, überlebensgroße Figuren auf, ein abgeschnittener Arm, ein Bein, ein erigierter Penis, dahinter in breiten Kolonnen die Tambouren als Scharfrichter in blutroten Gewändern, den Kopf

verdeckt mit spitzen Ku-Klux-Klan-Hüten. Ihnen schließen sich die Reihen der Pfeifer an, Nieren und Herzen und andere Organe auf den Larven, Kopfbedeckungen oder Gewändern tragend.« Der Autor schildert in seinen autobiographischen Aufzeichnungen von 1996, wie er dem Zug folgt und schließlich das Motto der »Fasnachts-Clique« auf einer Laterne liest: »Verdammt und zuegnaait. Ibere mafiosen Organhandel.« Die Idee für die Wahl des Sujets sei aufgrund eines Zeitungsartikels über Organhandel entstanden, erzählen ihm Beteiligte.[147]

Der Organhandel war an der Fasnacht angekommen – als aktuelles, skandalträchtiges und öffentlichkeitswirksames Thema. Wir haben gesehen, dass ab Ende der 1980er Jahre eine regelrechte diskursive Explosion um das Thema des Organhandels erfolgte. Anfangs der 1990er Jahre, darauf deuten die mediale Debatte sowie die Hochkonjunktur der Organraub-Legenden hin, wurde der Organhandel in der Schweiz als unmittelbare Bedrohung wahrgenommen – obwohl es keinerlei Belege dafür gibt, dass es realiter je zu Organhandel gekommen ist. Doch was bedeutete das für die Transplantationsmedizin? Dieser Frage werde ich im Folgenden nachgehen. Zunächst werde ich untersuchen, wie die Akteure der Transplantationsmedizin und ihre Verbündeten der Herausforderung des Organhandels begegneten. Wie haben sie auf die als schädlich erachteten Organhandels-Geschichten reagiert? Wie begegneten sie der zunehmenden Angst vor dem Organhandel?

Verurteilung und Beteuerungen

Um die Thematik des Organhandels kam man beim Reden über die Transplantationsmedizin in den 1990er Jahren kaum mehr herum. Bereits ab den späten 1980er Jahren war die Ärzteschaft von Journalisten immer wieder auf dieses Thema angesprochen worden. Die Mediziner zeigten sich ebenso wie die mit ihr assoziierten Patientenorganisationen einig, dass der Handel abzulehnen und zu verurteilen sei: »Dass mit Organen gehandelt wird, ist eine Schande für unseren Berufsstand und auch für die ganze Menschheit«, erklärte bereits 1988 ein Genfer Leberspezialist in der Presse.[148] Die Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie konstatierte 1992, dass der Organhandel in Drittweltländern zu einer neuartigen Ausbeutung armer Länder durch reiche führe und nicht unterstützt werden sollte.[149] Ähnlich heißt es in einer Swisstransplant-Medienmitteilung von 1995: »SwissTransplant verurteilt solche zynischen Machenschaften in aller Form. Der Mangel an Organen rechtfertigt in keiner Weise, dass Menschen als lebende Ersatzteillager für Reiche missbraucht und ausgebeutet werden.«[150] Auch Sandoz bekräftigte gegenüber der Öffentlichkeit wiederholt, den Handel mit menschlichen Organen zu verurteilen und alle Bemühungen zu seiner Eindämmung zu unterstützen.[151]

Die Fürsprecher der Organspende taten sich verschiedentlich als besonders eifrige Kämpfer gegen den Organhandel hervor. So forderte die Zeitschrift *Renaissance* ein hartes Durchgreifen: Die Schuldigen müssten mit größter Strenge bestraft werden. Zur Rechenschaft sollten aber nicht nur die eigentlichen »Händler« gezogen werden, sondern auch Ärzte, Pflegepersonal und Krankenhausverwaltungen. Sogar die »Käufer« dürften nicht verschont bleiben.[152] Zudem warnten Transplantationsärzte und ihre Organisationen immer wieder vor den mit dem Transplantationstourismus verbundenen Risiken für die Empfänger – speziell vor einer Hepatitis- oder HIV-Infektion.[153] Noch weiter ging der Nephrologe Gilbert Thiel mit seinem Vorschlag, die Krankenkassen sollten die immunsuppressiven Medikamente und die Nachsorge für Transplantationstouristen nicht bezahlen.[154] An einer Tagung hatte er 1990 eine weitere Idee zur Diskussion gestellt, die in die selbe Richtung zielt: Er wolle öffentlich deklarieren, die Nachsorge von Transplantierten zu verweigern, die sich ein Organ gekauft hätten.[155] Diese Vorschläge, die zur Abschreckung vor Transplantationstourismus dienen sollten, fanden aber aus ethischen und rechtlichen Bedenken wenig Anklang und wurden verworfen.

Die demonstrative Verurteilung und die teilweise radikalen Vorschläge zur Bekämpfung des Organhandels passten sich in die allgemeine Empörung ein, mit der die mediale Thematisierung dieser Problematik verbunden war. Die Sorge der Transplantationsmediziner und ihrer Verbündeten galt freilich nicht nur denjenigen, die direkt vom Organhandel betroffen waren, sondern vor allem den Auswirkungen auf die Transplantationsmedizin in der Schweiz: Es dürfe einfach nicht einreißen, dass die Organtransplantation zu einem Geschäft werde, erklärte etwa ein Churer Oberarzt 1993. Dann nämlich werde der an sich schon angeschlagene Ruf der Organtransplantation weiter geschädigt. Und dies wiederum vermindere die an sich schon abnehmende Bereitschaft zur Organspende unter der Bevölkerung, so dass schließlich der Kranke noch länger auf die Transplantation zu warten habe.[156]

Immer wieder warnten Ärzte mit dieser Argumentation vor den schädlichen Konsequenzen des Organhandels:[157] Solche Entgleisungen, mahnte ein Lausanner Chirurg 1992, säten Zweifel, Verunsicherung und Misstrauen in der Bevölkerung und stifteten die Familie dazu an, eine Organspende eines verstorbenen Angehörigen zu verweigern. Die einzigen Opfer solcher Verweigerungen seien die Kranken, die oft verzweifelt auf Organe warteten, die ihnen das Leben retten würden.[158] Als Leidtragende des Organhandels erscheinen in dieser Logik in erster Linie die Schweizer Patienten. Weiter oben habe ich gezeigt, dass die Fürsprecher der Organspende eine negative Wirkung der fiktiven Organhandelsgeschichten auf die Spendenbereitschaft befürchteten. Diese Sorge betraf also auch den Organhandel als mediales Phänomen überhaupt. Die These, dass die Negativmeldungen über Organhandel, die »unbewusst in den Köpfen haften geblieben« seien,[159] das Vertrauen in die Organtransplan-

tation untergraben und dadurch auch den Organmangel verstärken würden, wurde von den Verantwortlichen oft wiederholt und fand in den Massenmedien großes Echo.[160]

Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, dass die Befürworter der Organspende sich gezwungen sahen, auf diese als schädlich erkannte Angst vor dem Organhandel zu reagieren. Sie hätten es als notwendig erachtet, dieses Thema aufzugreifen, weil es die Entwicklung und den Fortbestand einer Behandlungsmethode in Frage stelle, die sich große Verdienste erworben habe und deren Aussichten noch vielversprechender seien, begründete etwa der Chefredaktor der Zeitschrift *Re-naissance* 1993 einen Artikel über Organhandel.[161]

Mit Beginn der 1990er Jahre gingen die Transplantationsmediziner und ihre Verbündeten zunehmend dazu über, die Problematik offensiv anzusprechen. 1992 veröffentlichte die Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie »ethische Empfehlungen betreffend Nierentransplantation in der Schweiz«, in denen sie sich gegen die Kommerzialisierung aussprach.[162] Das Pressekommuniqué zur jährlichen Swisstransplant-Pressekonferenz vom Januar 1994 trug den Titel »Un impossible trafic d'organe«.[163] An der Pressekonferenz erklärte der Swisstransplant-Präsident den Organmangel unter anderem damit, dass viele Bürger die Spende aus der Angst verweigerten, in den Organhandel verwickelt zu werden. Diese Angst, so betonte er, sei zwar verständlich, aber in der Schweiz ungerechtfertigt und einem Mangel an öffentlicher Information geschuldet: »En effet, il faut *savoir qu'en Suisse, la pratique monstrueuse du trafic d'organes n'existe pas. Il ne peut être question qu'un tel marché puisse se développer. La loi est claire. Le trafic d'organes est un acte illégal.* [Herv. i.O.]«[164] Die Ärzteschaft bemühte sich, klarzustellen, dass Themen wie Organhandel und Organraub zwar viele Medien und Kriminalschriftsteller beflügelten, aber »mit der Realität hier in der Schweiz« nichts zu tun hätten – wie Gilbert Thiel 1994 an einer Podiumsveranstaltung formulierte.[165]

Transparenz und Kontrolle

Wie konnten die Ärzte diesen Behauptungen Glaubwürdigkeit verleihen? Der oben erwähnte Hinweis des Swisstransplant-Präsidenten, dass der Organhandel in der Schweiz gesetzlich verboten sei, bedarf einer Differenzierung. Ein gesetzliches Verbot des Organhandels auf nationaler Ebene gab es erst ab 1996.[166] Seit 1981 schrieben die ethischen Richtlinien der SAMW den Grundsatz der Unentgeltlichkeit der Organspende vor.[167] Sie hatten bloß den normativen Status eines berufsethischen Kodex, erlangten allerdings rechtliche Kraft in acht Kantonen, die im Rahmen ihrer kantonalrechtlichen Regelung auf sie verwiesen.[168] Sechs weitere Kantone verankerten zudem den Grundsatz der Unentgeltlichkeit von Organspenden ausdrücklich in ihrer Rechtsordnung.[169]

Ein Verweis auf die gesetzliche Regelung war nur beschränkt geeignet, um der Verunsicherung entgegenzuwirken – wurde das Fehlen eines nationalen Organhandelsverbots doch ab Ende der 1980er Jahre in den Massenmedien immer wieder problematisiert.[170] Deshalb betonten die Verantwortlichen in erster Linie die Transparenz gegen außen und die Kontrolle gegen innen: Dem Organhandel könne nur ein Riegel geschoben werden, wenn im Transplantationsbereich völlige Transparenz herrsche, erklärte der Präsident des Exekutivkomitees von Swisstransplant 1994 an der jährlichen Pressekonferenz. Der Weg jedes Organs vom Spender bis zum Empfänger müsse lückenlos nachvollziehbar sein. »Und für diese Kontrolle steht Swisstransplant gerade.«[171] Auf die wirksamen internen Kontrollprozeduren wiesen die Stiftung und ihre Mitglieder im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit in den Jahren 1994 und 1995 mit großem Nachdruck hin.[172] So schrieb Felix Largadièr 1995 in der NZZ zur Gefahr des Organhandels: »Für jede der von 1964 bis zum heutigen Tag transplantierten 1667 Nieren kann die korrekte Herkunft belegt werden.«[173] Die Transparenz bei Todspenden und Lebendspenden sei hundertprozentig, versicherte die Stiftung 1995 anlässlich des »Nationalen Tages«.[174] Bereits im Vorjahr hatte ihr Präsident bekräftigt: »Jede Etappe – von der Organentnahme bis zur Transplantation – wird von Swisstransplant organisiert. Swisstransplant hat ein strenges Verfahren entwickelt und arbeitet ausschliesslich mit öffentlichen Krankenhäusern und Universitätskliniken zusammen, um den Handel mit Organen und die Bevorzugung von Patienten aufgrund ihrer soziale Stellung, ihres Einkommens oder Vermögens zu verhindern.«[175]

Die hier suggerierte Vorstellung, dass Swisstransplant das strenge Kontrollsystem aufgebaut habe, um den Organhandel zu verunmöglichen, hat der Präsident bei anderer Gelegenheit explizit geäußert.[176] Diese Vorstellung erweist sich aus historischer Perspektive als ungenau. Dass Herkunft und Werdegang aller in der Schweiz entnommenen Organe registriert wurden, verdankt sich ursprünglich den Bemühungen um die Zuordnung der Organe nach immunologischer Übereinstimmung. Sie bildeten den Ausgangspunkt von Organaustausch, Kooperation und der zentralen Erfassung der Organe. Wie weiter oben dargestellt, entwickelte sich die zentralisierte Koordination erst im Zuge des zunehmenden Organmangels zu einem Mittel der gegenseitigen Überwachung der Transplantationszentren. Angesichts der Organhandels-Hysterie diente sie nun – als nicht-intendierter Effekt der Systembildung – der Vertrauenssicherung gegen außen.[177]

Selbstüberwachung

Angesichts der Verunsicherung durch den Organhandel sahen sich die Akteure der Transplantationsmedizin mit einer erhöhten Aufmerksamkeit der journalistischen Medien für potentielle Missbräuche in der Organbeschaffung

konfrontiert. Vor diesem Hintergrund akzentuierte sich ihr Bewusstsein um die Wichtigkeit von Transparenz und der Einhaltung ethischer Standards. Skandale, aber auch bereits Verdachtsmomente, so die vorherrschende Meinung, mussten dringender denn je verhindert werden. Da jede Verdächtigung in Bezug auf mögliche Missbräuche eine negative Einstellung zu Organspenden zur Folge habe, so schrieb ein Britischer Transplantationschirurg 1995 in einer Zeitschrift der Firma Sandoz, müsse der Öffentlichkeit Gewähr geboten werden, dass Organtransplantationen in ethischer Weise und in Übereinstimmung mit den ärztlichen Standesregeln durchgeführt würden. Die Ärzteschaft sei deshalb aufgerufen, als ihr eigenes Überwachungsgremium zu fungieren, um solche Missbräuche zu verhindern.[178] Die gestiegene Sensibilität für ethische Standards zeigt sich auch in einem Swisstransplant-internen Brief von 1993: Der Absender schlägt vor, dass die nationale Koordination vorläufig keine Nieren von herztoten Spendern vermitteln solle, solange diese ethisch umstritten sind. Zur Begründung verweist er auf die Notwendigkeit, jeden Anschein von Missbrauch zu vermeiden:

> »Der Organaustausch zwischen den Transplantationszentren inkl. der Austausch von Organen, die in Peripheriespitälern entnommen worden sind, ist eine delikate Angelegenheit, weil die Presse und die Öffentlichkeit das Thema sofort negativ in die Schlagzeilen bringt, sobald der geringste Eindruck einer mit den ethischen oder juristischen Normen nicht ganz vereinbaren Handlung entstehen sollte. Die Stiftung Swisstransplant, die nationale Koordination und die Transplantationszentren müssen daher alles daran setzen, dass wir zu keinen Verdächtigungen Anlass geben. Ich glaube, dass uns das bis heute gut gelungen ist. [...] Bezüglich Organangeboten aus dem Ausland ist es hingegen die Pflicht der nationalen Koordination, nur Organe entgegenzunehmen, die von anerkannten, bekannten Transplantationsteams entnommen worden sind nach Richtlinien der Todesdiagnostik, die den unseren gleichwertig sind. Diesem Aspekt ist dauernd besondere Achtung zu schenken, damit wir nicht eines Tages mit dem Vorwurf konfrontiert sind, wir seien in dubiose Organhandelsgeschäfte verwickelt.«[179]

Diese Ausführungen sind in zweifacher Hinsicht aufschlussreich: Erstens deuten sie darauf hin, dass die Angst vor dem Organhandel auch die Sensibilität für andere potentielle Missbräuche im Rahmen der Organbeschaffung geschärft hat – sowohl in der medialen Öffentlichkeit als auch bei den medizinischen Akteuren. Zweitens legen sie nahe, dass die Angst vor negativen Schlagzeilen tatsächlich zu einer vorsichtigeren und auf Sicherheit bedachten Praxis innerhalb der Transplantationsmedizin geführt hat. Dies zeigt auch – wiederum direkt auf die Gefahr des Organhandels bezogen – die Reaktion des waadtländer Universitätsspitals in Lausanne (CHUV) auf Organangebote aus Ungarn. Das CHUV habe zuerst beschlossen, eine Studiengruppe nach Ungarn zu schicken, um die Möglichkeit eines Organaustauschs zu prüfen,

berichtete der Leiter der Waadtländer Spitaldienste der Presse. Man habe aber dann aus ethischen Bedenken auf dieses Vorhaben verzichtet, obwohl nur ein Verdacht auf Missbrauch vorlag. Das CHUV habe das Angebot abgelehnt, damit nie gesagt werden könne, die reichen Schweizer pflanzten sich Organe ein, die von den armen Osteuropäern nur aus wirtschaftlicher Not geopfert worden seien.[180]

Die Angst vor medialer Skandalisierung drängte die Transplantationsmediziner dazu, das beteuerte Engagement gegen den Organhandel in die Tat umzusetzen und auf zweifelhafte Praktiken zu verzichten. Dies veranschaulichen auch ihre vehementen Reaktionen auf die Versuche, die Organtransplantation an Privatkliniken zu etablieren. Die Organtransplantation war in der Schweiz lange den großen, öffentlichen Krankenhäusern vorbehalten. Als die Privatklinik Genolier am Genfersee Mitte der 1980er Jahre beabsichtige, ein Transplantationsprogramm speziell für eine ausländische Kundschaft aufzuziehen, beschloss der STAN-Vorstand, auf jede Kooperation mit der Klinik zu verzichten.[181] Nachdem diese 1989 trotzdem zwei Herztransplantationen durchführt hatte, wollte sich Swisstranspant bei den Behörden dafür einsetzen, dass Organtransplantationen nur in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt werden dürfen. Im Vordergrund stand dabei nach Aussagen der Verantwortlichen die Angst vor Missbräuchen und der schleichenden Kommerzialisierung der Organspende. Unter keinen Umständen dürfe es dazu kommen, so erklärte der Swisstransplant-Vizepräsident an einer Vorstands-Sitzung, dass wohlhabende Leute in Privatkliniken transplantiert werden. Es gelte, die unkontrollierte Geschäftemacherei zu verhindern, ergänzte ein anderes Vorstandsmitglied.[182]

Erfolgreicher war die Intervention von Swisstransplant wenige Jahre später, als die Privatklinik »Im Schachen« in Aarau die Durchführung von Lebendspender-Nierentransplantationen plante. Swisstransplant und ihre Mitglieder versuchten dieses Vorhaben mittels intensiver Lobbying-Arbeit zu verhindern.[183] Die Freigabe der Lebendspender-Transplantationen für Privatkliniken sei bedenklich und könne die Türe öffnen für eine kommerzielle Organtransplantation, wie sie in der Schweiz kompromisslos verhindert werden sollte, begründeten Basler Ärzte dieses Anliegen in einem Brief an die SAMW.[184] In einem anderen Brief zum Thema mahnte ein Transplantationsmediziner: »Ein ›money-making Privatbetrieb‹ darf keine Lebendspendernieren transplantieren. Jeder kleine Skandal würde der Sache ungemein schaden.«[185]

An der Swisstransplant-Pressekonferenz im Frühling 1995 trug die Stiftung das Thema an die mediale Öffentlichkeit. Bemerkenswerterweise scheute sie sich dabei nicht, im Kampf gegen die Privatkliniken die Angst vor dem Organhandel gezielt zu schüren. »In der Schweiz gibt es *noch* keinen Organhandel. [Herv. i.O.] Das wird sich aber schlagartig ändern, wenn private Spitäler Transplantationen vornehmen«, zitierte die Boulevardzeitung *Blick* einen Tag

später den Swisstransplant-Präsidenten. Die Klinik, so erzählte der Präsident, habe Kontakt mit Ärzten aus Indien – dem Land, wo ein grausamer Handel mit Nieren herrsche. Der Artikel trug die Überschrift: »Organhandel: Bald auch in der Schweiz?«.[186] Um der Gefahr einer Kommerzialisierung vorzubeugen, partizipierten also auch die Vertreter der Transplantationsmedizin an der medialen Inszenierung des Organhandels als konkrete Bedrohung. Es stellt sich die Frage, ob dieser Eifer der Transplantationsmediziner alleine auf der Sorge um Missbräuche und schädliche Skandale basierte. Gut möglich, dass es den etablierten Transplantationszentren auch darum ging, ihre Monopolstellung in dieser prestigeträchtigen medizinischen Sparte aufrecht zu erhalten. Die Intervention war auf jeden Fall erfolgreich: Die Aargauer Privatklinik stellte das Projekt ein, weil der Druck zu groß sei, wie der Direktor erklärte.[187]

Die Wirksamkeit der Medizinkritik

Die wissenschaftlichen Prozeduren des juristischen und medizinischen Umgangs mit Leichen, so schreibt Valentin Groebner, seien seit dem 19. Jahrhundert strengen Regeln und Vorgaben gefolgt, wissenschaftlichen Protokollen, die möglichst objektive Informationen produzieren sollen. Die Geschichten von Organhandel und der gewaltsamen und illegitimen Aneignung des Körpers erzielten ihre Wirkung aus der Verkehrung dieser Protokolle in ihr Gegenteil.

> »Sie sind wirksam, weil es in ihnen um Unordnung geht, in die der tote Körper gebracht wird, und zwar keine zufällige, sondern zeichenhaft aufgeladene Unordnung. Die Geschichten handeln nicht einfach vom Übertreten der Regeln, sondern von explizit ›unaussprechlicher‹ (aber in Wirklichkeit sehr detailliert beschreibbarer) Transgression: Vom Ausschlachten im Wortsinn, von der Verwandlung eines Körpers in transferierbares Material.«[188]

Indem sie die Transparenz und Kontrolle im Bereich der Organspende betonten, stellten die Transplantationsmediziner der Unordnung der Organhandelsgeschichten ein Ordnungs-Narrativ entgegen, das ein strenges und objektives wissenschaftliches Protokoll beschreibt. Sie inszenierten die Organspende dadurch als öffentlichen Akt, als »Aneignung unter gemeinschaftlicher Kontrolle«, als welche die Dienstbarmachung der Leiche laut Armin Heinen gesellschaftlich akzeptabel sei. Formen der »privaten, die Interessen eines Einzelnen spiegelnden« Nutzbarmachung der menschlichen Körpers, die Heinen zufolge negativ sanktioniert sei, wiesen sie zurück – wie etwa die Interventionen gegen die Privatkliniken verdeutlicht.[189]

Die erfolgreiche Verhinderung des Transplantationsprogramms in der Aarauer Privatklinik weist gleichzeitig darauf hin, dass die transplantations-

medizinische Selbstkontrolle durchaus wirksam war. Bis heute ist kein Fall bekannt, in dem es in der Schweiz zu Organhandel gekommen ist. Diese Bilanz kann auch als Effekt der medialen Skandalisierung des Organhandels gesehen werden. Erst die emotional aufgeladenen Organhandelsgeschichten schufen den diskursiven Rahmen, in dem die Transplantationsmedizin um eine erhöhte Sensibilität für die Problematik und einen Willen zur effizienten Selbstüberwachung nicht herumkam. In dieser Sichtweise erweist sich die von den Organhandels-Geschichten transportierte populärkulturelle Medizinkritik als wirkungsvoll. Indem die Geschichten die Macht und das destruktive Potential der Medizin problematisierten, trugen sie bei zum großen Transparenz- und Rechtfertigungsdruck, dem die Transplantationsmedizin in den 1990er Jahren unterlag.

5.4 Organhandel als umkämpfter Bezugspunkt

Die Transplantationsmedizin begegnete der Angst vor dem Organhandel mit einer Rhetorik und einer Praxis, die den Leitmotiven der Transparenz, Sicherheit und Kontrolle folgten. Doch wie passte sich der Signifikant »Organhandel« in das Sprechen über die Organspende ein? Wie gestaltete sich sein Verhältnis zu den zentralen Signifikanten »Organmangel« und »Geschenk des Lebens«? Das ist das Thema dieses Teilkapitels. Zunächst werde ich auf die Bedeutung eines Diskursstrangs eingehen, der sich ebenfalls als Maßnahme gegen den Organhandel legitimierte: Theorien und Vorschläge zur Liberalisierung und Ökonomisierung der Organspende.

Bereits seit den 1970er Jahren wurde vor allem in den USA über eine Liberalisierung der Organspende nachgedacht. Ab 1990 fanden – wohl als Effekt eines allgemeinen Erstarkens der neoliberalen Ideologie des freien Marktes – Marktlösungen dann vermehrt Eingang in medizinische und akademische Debatten über Organbeschaffung. Vor allem Konzepte von regulierten Märkten und Anreiz-Modelle, die sowohl die Lebend- als auch die Totenspende betrafen, fanden Beachtung. Solche Vorschläge, die etwa mit dem Begriff des *rewarded gifting* – »entlohntes Schenken« – bezeichnet wurden, versuchten soziale Akzeptanz herzustellen, indem sie sich gegen radikale Marktmodelle abgrenzten und an eine altruistische Geschenk-Rhetorik anlehnten.[190]

Markt- und Anreizmodelle

Auch in der Schweiz erfolgten vereinzelt solche Vorstöße. In einer 1992 von der Schweizerischen Gesellschaft für biomedizinische Ethik herausgegebenen Publikation hinterfragte beispielsweise ein Philosoph das Tabu des Organhandels.[191] 1994 veröffentlichte die Schweizerische Gesellschaft für Gesund-

heitspolitik eine gesundheitsökonomische Analyse zur Organbeschaffung. Die Autorin, Isabel Frey, schlug darin für die Schweiz die Schaffung eines regulierten, staatlich kontrollierten Marktes für die Organe Verstorbener vor, der über eine Aktiengesellschaft abgewickelt wird: Potentielle Spender verpflichten sich für die Freigabe ihrer Organe und erhalten dafür von der Aktiengesellschaft eine nicht-monetäre Entschädigung. Patienten mit Organversagen können bei der Gesellschaft das gewünschte Organ kaufen. Das altruistische System, so die Begründung für den Systemwechsel, sei zu wenig effizient: Während es die Organe unentgeltlich abgebe, biete es ungenügende Anreize zur Spende und produziere deshalb einen Nachfrageüberschuss und Organmangel.[192] Es handelt sich um eine rein ökonomische Sichtweise: Die wirtschaftsliberalen Grundsätze von Vertragsfreiheit, Entscheidungsautonomie und Eigentumsrechten werden auf den Körper ausgedehnt. Er wird als persönliches Eigentum konzipiert, das verkauft bzw. investiert werden kann. Die »Spender« werden dabei als nutzenmaximierende Unternehmer vorgestellt; das Organ wird zur Handelsware.

Es war eine abgeschwächte Variante von Freys Markt-Vision, die ab 1994 in der medialen Debatte sehr präsent war: Der Arzt Gilbert Thiel und der Ökonom Hartmut Kliemt propagierten Mitte der 1990er Jahre zur Bekämpfung des Organmangels »nichtpekuniäre« Anreize für die Organspende.[193] Sie machten sich für ein Club- oder Motivationsmodell gemäß dem Vorsorgeprinzip stark, das die Empfangsberechtigung mit der Spendenbereitschaft verknüpft. Wer sich zu einer Organspende bereit erklärt, so das Prinzip, erhält bevorzugt ein Organ. »Nur wer bereit ist, ein Organ zu spenden, darf auch eins empfangen«, fasste Thiel das Anliegen zusammen.[194] Während der Entstehung des nationalen Transplantationsgesetzes um die Jahrtausendwende bewarb Thiel, unterstützt vom Wirtschaftswissenschaftler Charles B. Blankart, dieses Vorsorgeprinzip in zahlreichen Zeitungsbeiträgen und Publikationen. Besonders die liberale NZZ bot ihnen eine Plattform.[195] Auch wenn Blankart und Thiel keinen Organ-Markt forderten, so argumentierten sie ebenso wie Frey aus einer liberal-ökonomischen Perspektive: Das rein altruistische Modell kritisierten sie als ineffizient, da es Trittbrettfahrer begünstige und keine Anreize schaffe. Indem der Staat es den Organbesitzern verbiete, Eigenvorsorge zu leisten, missachte er die Vertragsfreiheit und das Persönlichkeitsrecht, über den eigenen Körper bestimmen zu können. Dies laufe auf eine »Enteignung der Spendebereiten« hinaus.[196]

Die in den 1990er Jahren aufkommende Forderung, Anreize für die Organspende zu schaffen, basiert auf der Einschätzung, dass der als dramatisch empfundene Organmangel in einem alleine auf Altruismus gestützten System nicht erfolgreich bekämpft werden kann. Eine Lösung versprach man sich von einer Orientierung an Marktmodellen. Dies bedeutete aber einen Bruch mit dem Diskurs der guten Spende, wie er in den Organspende-Kampagnen der

Transplantatmedizin propagiert wurde. Der für den Diskurs zentralen Figur des selbstlosen Spenders, dessen Geschenk des Lebens gerade deshalb so wertvoll und heldenhaft ist, weil es ohne Eigeninteressen erfolgt, wurde damit das Vertrauen entzogen. Die Anreiz-Forderungen rüttelten also am Fundament der etablierten moralischen Rechtfertigung der Organspende. Dementsprechend skeptisch wurden sie von Ärzteschaft, Medien und Politik auch aufgenommen.

Der Zürcher Transplantationschirurg Rolf Schlumpf etwa sprach sich 1996 in einem Interview gegen Anreiz-Modelle aus und verteidigte die altruistische Fundierung der Organspende: »Die Organspende darf auf keinen Fall materialisiert werden. Sie soll ein Geschenk unter Mitmenschen bleiben, ein Geschenk auch zwischen Toten und Lebenden. Alles andere ist fragwürdig.« Eine Benachteiligung von erklärten Nicht-Spendern hielt er aber für vertretbar.[197] Dies sahen andere Beobachter kritischer: Mit einem Vorsorgemodell, dass die Verteilung der Organe an die Spendebereitschaft knüpft, so schrieb *Der Bund* 1994, sei der erste Schritt zum Markt getan.[198] Auch zwei Kommentare in der NZZ von 2000 und 2001 sahen im Vorsorgesystem ein ökonomisches Modell und lehnten es aus rechtlichen und ethischen Gründen ab. Es sei ethisch nicht haltbar, so heißt es im späteren Beitrag, elementare Güter menschlicher Existenz – und solche seien Spenderorgane für Transplantationspatienten – grundsätzlich und prioritär der Ökonomik unterzuordnen, denn beim menschlichen Leben handle es sich um einen unveräußerlichen Wert.[199]

Aus ethischen und rechtlichen Bedenken verwarf auch der Bundesrat gestützt auf juristische und moralphilosophische Gutachten das Club- oder Motivationsmodell.[200] Dieser Entscheidung folgte 2004 auch das Parlament.[201] Die sozialdemokratische Ständerätin Anita Fetz begründete ihre Ablehnung des Clubmodells in der Ratsdebatte wie folgt:

> »Ich bin auch der festen Überzeugung, dass die gegenseitige Begünstigung richtig ist, aber das muss für mich absolut freiwillig sein, das heisst auf einer autonomen, selbstbestimmten Überzeugung basieren und nicht mit Druck oder mit moralischen Appellen erreicht werden – das widerspricht meiner liberalen Grundüberzeugung. Der Anreiz, den wir schaffen müssen, muss über die Information, Transparenz und Offenheit gehen, über eine Debatte, damit sich die Menschen überhaupt klar darüber werden, was es braucht, um zu spenden.«[202]

Eine Ökonomisierung der Organspende – auch in einer milden Form – war nicht mehrheitsfähig. Die Horrorgeschichten über Organhandel hatten die Idee, die Beschaffung der Organe nach ökonomischen Prinzipien zu organisieren, nachhaltig diskreditiert. Zu schwer wogen die Ängste, das der Körper zur Ware degradiert werden könnte. Gleichzeitig erwies sich die im Zuge der Aufklärungskampagnen konstruierte Figur des freiwilligen, altruistischen Organspenders als zu wirkmächtig, als dass das Prinzip einer egoistisch mo-

tivierten Spende durchsetzbar gewesen wäre. Hier deutet sich ein gleichsam hausgemachtes Dilemma der Transplantationsmedizin an: Die erfolgreiche moralische Inszenierung, die der Förderung der Organspende dienen sollte, verunmöglichte nun – als paradoxer Effekt – die Umsetzung eines Anreiz-Systems, von dem sich Experten einen Ausweg aus dem Organmangel erhofften.

Die Koppelung von Organmangel und Organhandel

Auch die Befürworter der Anreiz-Modelle waren sich bewusst, dass Vorschläge zur Kommerzialisierung angesichts der medialen Empörung über den Organhandel wenig populär waren.[203] Sie bemühten sich, ihre Konzepte vom real-existierenden Organhandel in Osteuropa und in der »Dritten Welt« abzugrenzen. Sie priesen ihre Lösungsvorschläge gar als bessere Rezepte zur Bekämpfung des illegalen Handels an: Im Gegensatz zu einem Marktsystem, so betont Frey, schaffe das altruistische System Organmangel und begünstige so die Entstehung eines unkontrollierten, kriminellen Schwarzmarktes.[204] Auch Thiel und Blankart argumentierten, dass der kriminelle Schwarzmarkt eine Konsequenz des »Drucks des dramatischen und weiter anwachsenden Organmangels« sei: Es erstaune wenig, dass dieser Mangel Anreize gebe, »auf anderen Wegen« zu den gewünschten Organen zu gelangen. Deshalb lasse sich der Schwarzhandel mit Verboten und Strafen auch nicht bekämpfen. Es sei wirksamer, das legale Angebot an Organen so weit zu erhöhen, dass der Handel austrockne. Dazu, so Thiel und Blankart, eigne sich das von ihnen propagierte Vorsorgeprinzip viel besser.[205]

Das diesen Überlegungen zugrundeliegende Argument wurde auch von denjenigen Fürsprechern der Organtransplantation geteilt, die zusätzliche Anreize zur Spende ablehnten. Der Organhandel, so die in der medizinischen wie auch medialen Debatte vorherrschende Ansicht, bilde eine unvermeidliche Konsequenz des Organmangels. Der beste Weg zur Bekämpfung des Organhandels sei deshalb die Bekämpfung des Organmangels. Unter dem Titel »Wo Spender fehlen, tut sich ein Markt auf« führte beispielsweise der *Der Bund* 1994 dieses Argument aus: Wenn die Wartelisten immer länger würden, seien der Kommerzialisierung der Transplantation Tür und Tor geöffnet. Denn es sei verständlich, dass die Betroffenen unter diesen Umständen ethische Grundsätze rasch einmal über Bord werfen würden. Auch ein gesetzliches Verbot nütze auf längere Sicht wenig: »Bleibt die Nachfrage nach Organen hoch oder steigt sie sogar an und fehlen Organspender weiterhin, werden darum Gesetze kaum etwas gegen den kommerziellen Handel ausrichten können. Um einen Markt für menschliche Organe zu unterbinden, bleibt letztlich nur ein Ausweg: freiwillige Spenden müssen massiv zunehmen.«[206] Ähnlich argumentierte 1995 die Geschäftsleitung von Sandoz in einem Antwortschreiben auf eine Anfrage zum Thema Organhandel:

»Was Ihre Bemerkung über einen möglichen Handel von menschlichen Organen betrifft, so darf ich Ihnen versichern, dass wir uns stets mit voller Kraft gegen einen derartigen Missbrauch, den wir aufs schärfste verurteilen, einsetzen werden. Vielmehr sind wir bemüht, durch aufklärende Informationen in der Ärzteschaft und in der Bevölkerung dazu beizutragen, dass sich vermehrt freiwillige Organspender finden. Denn nur so wird es gelingen, den immer akuter werdenden Mangel an Organen für medizinisch mögliche Transplantationen zu verhindern.«[207]

Der Organhandel im Allgemeinen und der Transplantationstourismus von Schweizern im Speziellen resultiert in dieser Logik aus der ungenügenden Spendebereitschaft. Diese Deutung ermöglichte es, den Hinweis auf die Gefahr eines menschenverachtenden Organhandels mit dem Aufruf zur Organspende zu verbinden: Wer spendet, bekämpft auch die Kommerzialisierung; wer die Spende verweigert – so der Umkehrschluss – leistet ihr Vorschub. Diese Logik stieß zuweilen auf Kritik – etwa in der Rezension einer Diskussionssendung über Organtransplantation im Schweizer Fernsehen in der NZZ: »Bedenklich ist die Argumentation, mehr Bereitschaft zum Organspenden in der Bevölkerung wäre ein Beitrag zur Bekämpfung des illegalen Organhandels in Ländern der Dritten Welt. Dadurch wird Menschen mit ethischen oder religiösen Bedenken eine Mitschuld an kriminellen Praktiken aufgebürdet.«[208]

Trotzdem hat Swisstransplant im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit verschiedentlich explizit auf den Zusammenhang von Organmangel und Organhandel hingewiesen. So schrieb *Der Bund* 1995 nach der Pressekonferenz der Stiftung, Swisstransplant bedauere die mangelnde Spendefreudigkeit der Schweizerinnen und Schweizer, da der Organmangel dubiosen Geschäften mit dem Leben Tür und Tor öffnen könne.[209] Auch in der Debatte um die rechtliche Regelung der Organentnahme setzten Ärzte das Argument mitunter gezielt ein: Gilbert Thiel unterstrich 1997 etwa seine Warnung vor einer engen Zustimmungslösung, die eine Organentnahme nur bei einer schriftlichen Verfügung des Verstorbenen erlaubt, mit einem Hinweis auf den drohenden Organhandel. Eine solche Regelung, so Thiel, würde das Angebot von Organen massiv verringern. Das bedeutete, dass wohlhabende Nierenkranke sich im Ausland einen Nierenspender zu kaufen versuchen würden – vor allem in Drittweltländern: »Das Schweizer Transplantationsgesetz, das ursprünglich gefordert wurde, um den (in der Schweiz nicht existenten) Organhandel zu bekämpfen […], würde im Endergebnis den Organhandel erstmals wirklich anregen.«[210]

Das Bedrohungsszenario des Organhandels, das, wie wir gesehen haben, für die tiefe Spendenfreudigkeit mitverantwortlich gemacht wurde, diente also auch als Ausgangspunkt, um die Organspende zu bewerben. Das Sprechen der medizinischen Akteure über den Organhandel, das auch die öffentlich-mediale Berichterstattung dominierte, evozierte also implizit einen Teufelskreis:

Um die Bedrohung des Organhandels zu bekämpfen, muss die Spendenbereitschaft erhöht werden, welche aber just aufgrund der Bedrohung des Organhandels abnimmt. Die Haltung gegenüber dem Bedrohungsszenario entpuppt sich als widersprüchlich: Einerseits wurde die Gefahr des Organhandels heruntergespielt, um die Organspende als ethisch einwandfrei zu deklarieren, andererseits wurde die Gefahr beschworen, um die Notwendigkeit von altruistischen Spenden zu unterstreichen. Die zweite Strategie drohte dabei die erste zu unterminieren.

Umkehrung der hegemonialen Deutung

Die Überzeugung, dass der Organhandel automatisch aus dem Organmangel resultiere und er deshalb längerfristig nicht durch Gesetze, sondern nur durch ein ausreichendes Organ-Angebot verhindert werden könne, erwies sich als ambivalent. Solange immer noch Leute mangels Organen sterben würden, werde sich in jedem Fall ein Schwarzmarkt bilden, schrieb die Zeitschrift *Cash* 1993.[211] Und auch die Patienten-Zeitschrift *Re-naissance*, die sich für die Organspende einsetzte, konstatierte in demselben Jahr: »Von dem Augenblick an, in dem die Nachfrage das Angebot überstieg, waren Schummeleien vorprogrammiert. Der wachsende Erfolg der Verpflanzungstechniken musste jene zwielichtigen Elemente anlocken, die skrupellos und die elementarsten ethischen Grundsätze missachtend allein auf das schnelle Geld aus sind.«[212] Solche und ähnliche Aussagen, die eine Eindämmung des Organhandles in weite Ferne rücken, legten nahe, dass der Organhandel nicht eine unerfreuliche Ausnahme, sondern ein der Transplantationsmedizin innewohnendes Problem darstellt.

So kippte die Argumentation, die den Zusammenhang von Organmangel und Organhandel betont, bisweilen in eine Sichtweise, welche die Kritik am Organhandel mit einer grundsätzlichen Kritik an der Transplantationsmedizin verband. »Unter dem Druck der Nachfrage ist ein Markt für menschliche Organe am Entstehen, dem ÄrztInnen und WissenschaftlerInnen sich kaum entziehen können«, schrieb die *Wochenzeitung* bereits 1988 in einem Artikel, der sowohl den Organhandel als auch die reguläre Transplantationsmedizin kritisch beleuchtete und keine klare Trennlinie zwischen den beiden Phänomenen zog.[213] Acht Jahre später schloss ein Kommentar in derselben Zeitung zu Vorschlägen von Anreizen für die Organspende wie folgt: Der Umstand, dass menschliche Organe als Pfand gehandelt würden, liege offenbar in der Logik der Transplantationsmedizin.[214] Auch die SP-Nationalrätin Margrith von Felten, die sich in den 1990er Jahren als Kritikerin der Transplantationsmedizin exponierte, weigerte sich, die Transplantationsmedizin an sich von ihren Missbräuchen zu trennen: Die Ärztinnen und Ärzte müssten sich bewusst sein, so von Felten in einem Interview, dass die Möglichkeiten der Transplan-

tationstherapie gesamtgesellschaftliche Auswirkungen hätten – etwa mit dem Organhandel.[215]

In dieser Perspektive erscheint der Organhandel als eine Entwicklung, die in der Transplantationsmedizin gleichsam wesentlich angelegt ist. Als Folgerung daraus ergibt sich ein Lösungsansatz, der die hegemoniale Deutung letztlich umkehrt: Das beste Mittel gegen Organhandel und Missbräuche bilden nicht die Förderung von Organspenden und der Ausbau der »sauberen« Transplantationsmedizin. Vielmehr werden die Transplantationsmedizin an sich und mit ihr die Organspende als ihre Voraussetzung in Frage gestellt. »Zum Glück weniger Organspenden«, lautete etwa der Titel eines Leserbriefes, der 1995 im *St. Galler Tagblatt* erschien. Der Autor wendet sich darin gegen den Beitrag eines Arztes, der die sinkende Bereitschaft zur Organspende bedauerte. Der Leserbriefschreiber verteidigte dagegen die Zurückhaltung gegenüber der Spende als Ausdruck einer »intakten Intuition«, die vor dem »Grossangriff aus das ›Ersatzteillager Mensch‹« zurückschrecken lasse, und verwies auf die vielen ethischen Probleme der Organtransplantation – darunter auch das »Ausufern des profitablen Organhandels, dessen schwarze Schafe mit der Ermordung und nachträglicher Ausschlachtung von Kindern aus der dritten Welt jenseits des menschlich Erfassbaren vorgestossen sind«.[216]

Die Organspende-Kritiker bedienten sich im diskursiven Machtkampf der Logik des hegemonialen moralischen Diskurses, aber in einer Weise, welche die Aussage dieses Diskurses unterminierte. Sie bemächtigten sich – in den Worten Foucaults – eines Regelsystems, um es in den Dienst eines neuen Willens zu stellen; sie pervertierten die Diskursregeln, und wandten sie gegen jene, die sie einst durchsetzten.[217] So äußerte sich auch eine Kommentatorin in einer Gewerkschafts-Zeitung von 1989 explizit gegen die Aufforderung, Organe zu spenden – konkret gegen einen Appell der »Ärzteinformation«:

> »Auch die ›Ärzteinformation‹ weist auf die Tatsache des illegalen Organhandels hin und zieht daraus den Schluss, dass man die Leichen hierzulande besser ausbeuten müsse, um Missbräuche zu begegnen. Mir scheint das der verfehlte Schluss zu sein. Vielmehr geht es doch um die Einsicht, dass nicht alles vertretbar ist, was auch machbar ist, und dass jedes Leben endlich ist. Der Rest ist Augenwischerei oder Geschäft, von dem zuletzt die Kranken und die Leidenden profitieren. Es ist erstaunlich, dass gewisse Ärzte in ihrer vermeintlichen Machtfülle diese Augenwischerei ohne Scham und Nachdenklichkeit betreiben und sich dabei noch als Wohltäter der Menschheit aufspielen. Und erstaunlich ist es auch, dass dieser Aufruf unkommentiert in den meisten Zeitungen weitergegeben wurde.«[218]

Auch hier erscheint die Kommerzialisierung und – allgemeiner – der Missbrauch als eine logische Konsequenz der Organtransplantation. Die Transplantationsmedizin an sich gilt der Autorin als Geschäft, von dem nicht in erster

Linie die Kranken profitieren – die in den Organspende-Kampagnen als Nutznießer im Vordergrund stehen. In diesem Kommentar bewahrheitet sich die weiter oben thematisierte Sorge, dass die diskursive Explosion um den Organhandel auch in der Schweiz eine ablehnenden Haltung gegenüber der Organspende begünstige.

Die »bösen Geister« der »guten« Organverpflanzung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass dem Organhandel im Sprechen über die Organtransplantation ab den späten 1980er Jahren eine zentrale Bedeutung zukam. Er bildete als Metapher für eine missbräuchliche Organbeschaffung den negativen Bezugspunkt, auf den sich alle Akteure bezogen. Während weitgehend Einigkeit darüber herrschte, dass der Organhandel aus moralischen Gründen abzulehnen sei, war sein Verhältnis zur »normalen« Organtransplantation umstritten: In der einen Deutung wurde er und andere Missbräuche als das Gegenteil der eigentlichen Transplantationsmedizin konzipiert, die wesentlich auf Werten wie Altruismus und Nächstenliebe basiere. Die andere Deutung sah im Organhandel dagegen einen Bestandteil der »normalen« Organtransplantation: Es sei unmöglich, die »gute« Seite der Organverpflanzung von ihren »bösen Geistern« zu befreien, heißt es etwa in einem Artikel der *Wochenzeitung* von 1998. »Als ›westen‹ diese nicht im gesamten Transplantationswesen und prägten dessen Gesicht.«[219]

Es waren die Befürworter der Organspende, die sich in diesem Deutungskampf durchzusetzten schienen – zumindest wenn man die mediale Debatte über die Organspende als Gradmesser nimmt. Die journalistischen Medien schlossen sich mehrheitlich der ersten Deutung an und hielten an der positiven Konzeption der Organspende als moralisch gute Tat fest. Stimmen wie die oben zitierten, die sich explizit gegen Organspenden aussprachen, blieben dagegen eher selten. Auch wenn die zweite Deutung also kaum ausdrücklich vertreten wurde, so spricht aber trotzdem viel für ihre Wirkmächtigkeit. Ab den späten 1980er Jahren wandelte sich das öffentlich-mediale Sprechen über die Organspende im Zuge der Organhandels-Hysterie: Wo von der Organspende die Rede war, fehlte selten der Hinweis auf potentielle und tatsächliche Missbräuche. Auch wenn Organspende und Organhandel nicht in eins gesetzt wurden, so kam es dennoch zu einer diskursiven Koppelung, welche gleichsam zu einer semantischen Verunreinigung des Begriffs der Organspende führte. Er erhielt eine Ambivalenz, die vor allem in den Diskussionen um die rechtliche Regelung der Organspende ab Mitte der 1990er Jahre deutlich zu Tage trat. Davon soll das folgende Teilkapitel handeln.

5.5 Die kulturelle Krise der Organspende

Der bereits weiter oben erwähnte herztransplantierte Psychiater Hans-Rudolf Müller-Nienstedt wurde 1999 eingeladen, an einer Tagung ein Referat über Organtransplantation zu halten. Während Monaten, so erzählte er in seinem Vortrag, sei er mit dem Sammeln von Unterlagen beschäftigt gewesen, mit dem Ziel, einen Überblick über die ethischen und psychosozialen Aspekte der Organtransplantation zu erarbeiten. Dabei sei er bald in »ein Minenfeld der Argumente« geraten:

»Statt einen Überblick zu gewinnen, verstrickte ich mich immer mehr in den Kontroversen, die ich für mich eigentlich geklärt zu haben glaubte. [...] Ich hatte mir die Aufgabe gestellt, sozusagen wissenschaftlich und nüchtern auf die Fakten und Meinungen einzugehen. Und ich fand mich zunehmend umzingelt, eingeengt und blockiert durch widersprüchliche Emotionen, hin- und hergerissen zwischen Faszination und Abscheu, Bewunderung und Erschrecken, Heilserwartung und Resignation.«[220]

Müller-Nienstedt fand sich »blockiert in einem Engpass widersprüchlicher und unversöhnlicher Argumente.«[221] Sein Recherchebericht verdeutlicht die Ambivalenz, die in den 1990er Jahren für das mediale Sprechen über die Organtransplantation im Allgemeinen und die Organspende im Speziellen bezeichnend war. Antagonistische Vorstellungen und Bewertungen standen oft unmittelbar und unvermittelt nebeneinander. Wie kam es zu dieser Ambivalenz? Zwar reproduzierten die Massenmedien, wie weiter oben geschildert, sehr oft die Deutung der Organtransplantation als medizinisches Wunder und der Organspende als lebensrettendes Geschenk, wie sie in den Kampagnen der Transplantationsmedizin transportiert wurde. Gleichzeitig konterkarierten und unterliefen sie diese Deutung aber zunehmend mit Geschichten und Bildern einer unheimlichen, illegitimen und gewaltsamen Organtransplantation.

Die Ambivalenz der medialen Berichterstattung entspricht einer kaum auflösbaren Spannung, die der Technik der Organtransplantation innewohnt und sich im Verhältnis von Spender und Empfänger manifestiert: Der Empfänger kann nur körperlich regenerieren und weiterleben, wenn zuvor der Spender stirbt oder – bei der Lebendspende – seine körperliche Integrität verletzt wird. Der Diskurs der guten Organspende versuchte diese Spannung aufzulösen, indem er den Spender hinter dem Empfänger verschwinden ließ und die Spende als heroischen und altruistischen Akt inszenierte. Dieses Kapitel hat nun gezeigt, dass diesem Versuch kein Erfolg beschieden war. Der zerstückelte und tote Spenderkörper kehrte – als verdrängte, andere Seite – immer wieder ins Sprechen über die Organspende zurück, einem Zombie gleich, der nicht zu töten ist. Und mit sich brachte er den Gegendiskurs, der die Organspende mit Gewalt und missbräuchlicher Macht konnotierte.

Ich werde in diesem Teilkapitel aufzeigen, wie dieser Gegendiskurs in den 1990er Jahren zunehmend die Diskussion um die Organspende in der Schweiz prägte. Abschließend werde ich zusammenfassend nochmals die historischen Hintergründe der kulturellen Krise der Organspende diskutieren.

Die Regelung der Organspende wird wieder zum Problem

Zunächst kehren wir noch einmal an die Basler Fasnacht von 1995 zurück. Die Fasnachts-Clique, die am Umzug das Thema Organhandel inszenierte, trug Laternen, auf denen folgende Sprüche geschrieben standen:[222]

»Verdammt und zuegnaait. Ibere mafiosen Organhandel. Stirbsch im Verkehr und s'Herz blybt hail, denn findet das der Chefarzt gail.«[223]

»Diefkielt, uffgwermt, bluetig, hart – sgyt Lääberli no Mafia Art. Eb Hirn-, eb Härzdoot, fäiß und mager, als Lyych bisch s'scheenscht Ersatzdaillager.«[224]

»E guete Root, wenn Dnie wotsch stifte, muesch d'Lääbere vorhär vergifte – Proscht.«[225]

Diese Sprüche sind deshalb bemerkenswert, weil sie von der unauflöslichen semantischen Verzahnung von Organspende, missbräuchlicher Organentnahme und Organhandel im populärkulturellen Diskurs zeugen. Sie kombinieren mehrere wirkmächtige medizinkritische Motive: Das Bild des ruhmsüchtigen Arztes, der im spitzenmedizinischen Machbarkeits-Wahn das Leben anderer seinen medizinischen Zielen opfert; die als reduktionistisch erlebte Konzeption des Menschen als nutzbare Ansammlung von Organen sowie die Vorstellung von Medizin als korrupter und krimineller Institution. Die gesamte Organbeschaffung wird als Mafia-Unternehmen vorgestellt; eine Differenzierung von »guter« Spende und »bösem« Organhandel findet in diesem populärkulturellen Narrativ nicht mehr statt.

Diese Tendenz lässt sich auch anhand der Berichterstattung zur Transplantationsmedizin in den journalistischen Medien nachweisen. Bereits um 1990 lenkten die Meldungen über Organhandel den Blick auf die Regelung der Organspende in der Schweiz.[226] Dabei lösten sich die Grenzen zwischen den »Horrorgeschichten« über Organhandel und der Praxis der Organspende in der Schweiz oft weitgehend auf: »Gesetzliche Richtlinien fehlen. Erlaubt ist, was die Medizin für richtig hält. Hüben wie drüben, auch in der Schweiz«, heißt es im Auftakt zu einem Artikel über Organhandel im *Beobachter* von 1990.[227]

Mitte der 1990er Jahre, also kurz nachdem die Organhandels-Hysterie ihren Gipfel erreichte, erlebte auch die Aufmerksamkeit für die rechtliche Situation in der Schweiz einen neuen Höhepunkt. Über 20 Jahre nach der ersten Herztransplantation von 1969 in Zürich rückte die in vielen Kantonen gelten-

de Widerspruchsregelung wieder ins Zentrum der medialen Debatte. Als Aufhänger diente in der Medienberichterstattung meist der Organhandel: »Verbrecherischer Organhandel in der Dritten Welt macht zurzeit Schlagzeilen. Doch auch im Kanton Zürich sind die Methoden zur Beschaffung von ›Spendermaterial‹ nicht über alle Zweifel erhaben«, lautete etwa der Vorspann eines Beitrags im *Tages-Anzeiger* von 1995.[228] Ein kurz zuvor erschienener mehrseitiger Bericht über die Transplantationsmedizin in der *Sonntags-Zeitung* parallelisierte die unautorisierte Entfernung des Organs, welche die Widerspruchsregelung unter Umständen erlaubte, explizit mit der Praxis des Organraubs: »In Indien klaut eine Organmafia armen Leuten Nieren für reiche Kranke im Westen. In Europa werden Verstorbenen Organe herausgeschnitten, ohne dass die Verwandten informiert sind. Der Handel mit Organen boomt. Eine einheitliche und klare gesetzliche Regelung ist dringend nötig – auch in der Schweiz.«[229] Die Problematik des Organhandels in der »Dritten Welt« und der Regelung und Praxis der Organentnahme in Europa und der Schweiz werden hier mehrfach ineinander verschränkt.

Nachdem die Regelung der Organentnahme in den 1970er und 1980er Jahren in der Schweiz kaum mediale Aufmerksamkeit auf sich gezogen hatte, wurde sie in den 1990er Jahren wieder als Problem wahrgenommen, das einer Beschäftigung und einer Lösung bedurfte. Dieses neu erwachte mediale Interesse für den ungeschützten Spenderkörper bei der Organentnahme ist nur vor Hintergrund der Geschichten über Organhandel und Organraub verständlich. Sie hatten den medialen Raum kognitiv und emotional vorstrukturiert, indem sie die Transplantationsmedizin semantisch an medizinkritische Narrative und Bilderwelten koppelten und den Blick weg vom wiederhergestellten Empfängerkörper auf den toten und verstümmelten Körper des Spenders lenkten, der vom Diskurs der guten Spende ausgeblendet wurde. Die gestiegene Aufmerksamkeit für das Leid des Spenders unterminierte die in den Organspende-Kampagnen vermittelte Vorstellung einer »Liebesbeziehung«, einer solidarischen Gemeinschaft von Spender und Empfänger. Kritikerinnen der Transplantationsmedizin wie die Nationalrätinnen Margrith von Felten (SP) und Ruth Gonseth (Grüne Partei) hoben den Interessens-Widerspruch zwischen Spender und Empfänger explizit hervor und kritisierten, dass die Interessen des Spenders in der öffentlichen Debatte und in der rechtlichen Regelung zu wenig berücksichtigt würden.[230]

Zwei Medienereignisse

Wichtig für diese Verschiebung im massenmedialen Sprechen über die Organspende waren zwei Medienereignisse. Im April 1995 berichteten die großen Zürcher Zeitungen über zwei Fälle von unautorisierter Organbeschaffung am Universitätsspital Zürich: Im ersten Fall hatte ein Augenarzt im Pathologie-

raum heimlich und ohne Erlaubnis der Spitalleitung Hornhäute entnommen, um sie in seiner Privatklinik seinen Patienten zu transplantieren. Die Gesundheitsdirektion hatte Anzeige erhoben. Der Arzt wurde später wegen »Störung des Totenfriedens« zu einer Geldbuße verurteilt.[231] Im zweiten Fall verschwiegen die Verantwortlichen einer Frau trotz mehrmaligen Nachfragens, dass ihrem Ehemann die Nieren entnommen wurden.[232]

Bei der Entnahme von Organen war es seit 1969 nicht zu medienwirksamen Zwischenfällen gekommen – mitunter deshalb, weil die Ärzte das ihnen zugestandene Recht, Organe auch ohne Einwilligung der Angehörigen zu entnehmen, ab den 1980er Jahren immer seltener wahrgenommen hatten. Die verantwortlichen Ärzte bedauerten die heimliche Nierenentnahme denn auch als »unglückliche Ausnahme«. In 90 Prozent aller Fälle, so betonten sie, würden die Angehörigen um ihr Einverständnis gebeten. Nur in etwa zehn Prozent aller Fälle werde auf das Fragen verzichtet – wenn aus medizinischen Gründen keine Zeit mehr bleibe, die Angehörigen zu suchen. Konkret hieß das, dass es sich bei der heimlichen Organspende um eine Entnahme nicht bei einem hirntoten, sondern bei einem herztoten Spender gehandelt hatte. Der große Zeitdruck, so die Zürcher Ärzte, verunmögliche bei herztoten Spendern meist eine Befragung der Angehörigen. Eine nachträgliche Orientierung sei aus Angst vor einer zu großen Belastung der Hinterbliebenen nicht immer erfolgt.[233] Die »Ausnahme« hatte also durchaus System: Die Ausweitung auf herztote Spender, die das Universitätsspital Zürich in den 1990er Jahren vorantrieb, war eine Maßnahme im Kampf gegen den steigenden Organmangel. Dabei nahm das Spital in Kauf, die Prinzipien einer transparenten und konfliktvermeidenden Angehörigen-Betreuung teilweise zu missachten. Den Preis, den es dafür zahlen musste, war ein Medienereignis, das die positive Deutung der Organspende unterminierte.

Der medialen Debatte über die beiden oben beschriebenen Vorfälle kam eine ähnliche Bedeutung zu wie dem Skandal anlässlich der ersten Herztransplantation 1969 in Zürich – wenn auch in bescheidenerem Ausmaß: Sie fungierte als Diskursereignis, das eine Verschiebung im Sprechen über die Organspende vollzog. Die beiden Fälle dienten den Medien als Anlass, die im Kanton Zürich festgeschriebene Widerspruchsregelung zu problematisieren. Sie sprachen von »Leichenfledderei«, »Raubzug mit Skalpell« oder »Wildwuchs« bei der Organentnahme.[234] Leserbriefschreiber übernahmen diese kritische Deutung. Sie riefen dazu auf, sich gegen diese »widerwärtige Leichenfledderei« zur Wehr zu setzen, empörten sich darüber, wie »der abgelebte Mensch um seine Körperteile gebracht wird«, oder beklagten die Herabwürdigung des Menschen zur Maschine.[235]

Im Unterschied zum Herzraub-Affäre von 1969 fielen die beiden kleinen Medien-Skandale von 1995 aber in eine Phase, in welcher der ungenügende Schutz des toten Spenders in den journalistischen Medien bereits problema-

tisiert wurde. Nur der bestehenden Sensibilität und Aufmerksamkeit für die Problematik der Organspende war es geschuldet, dass die beiden Vorfälle überhaupt zu Medienereignissen avancierten.[236]

Der Spenderkörper rückt in den Vordergrund

Der Perspektivenwechsel weg vom Empfänger hin zum Spender bildete laut der französischen Medizinhistorikerin Anne-Marie Moulin die Grundlage von dem, was sie 1995 als weltweite ethische Krise der Transplantationsmedizin bezeichnete: ein kulturelles Unbehagen gegenüber der Organtransplantation, das sich in einem Spender-Mangel ausdrücke.[237] Während der Empfänger, so Moulin, zum Sinnbild einer erfolgreichen Spitzenmedizin verklärt wurde, konnotierte man die Organentnahme mit der medizinischen Ausbeutung des Körpers.[238] Die Verschiebung der Aufmerksamkeit hin zum Spenderkörper und ihre semantischen Effekte lassen sich anhand der Bilder nachzeichnen, die in der medialen Öffentlichkeit zirkulierten. Bereits Ende der 1970er Jahre stellten Spielfilme über Organhandel wie COMA oder FLEISCH den Körper derjenigen, die gewaltsam zur Organspende gezwungen wurden, ins Zentrum ihrer visuellen Inszenierung. Ende der 1980er Jahre fanden Bilder von versehrten und vernarbten Organ-Verkäufern Eingang in Printmedien und Dokumentarfilme.[239] Mitte der 1990er Jahre wurde dann auch die Thematik der Organspende in der Schweiz nicht mehr nur mit Bildern von glücklichen Organ-Empfängern illustriert.

Dies soll am Beispiel dreier Karikaturen veranschaulicht werden, die 1995 in Schweizer Zeitungen erschienen.

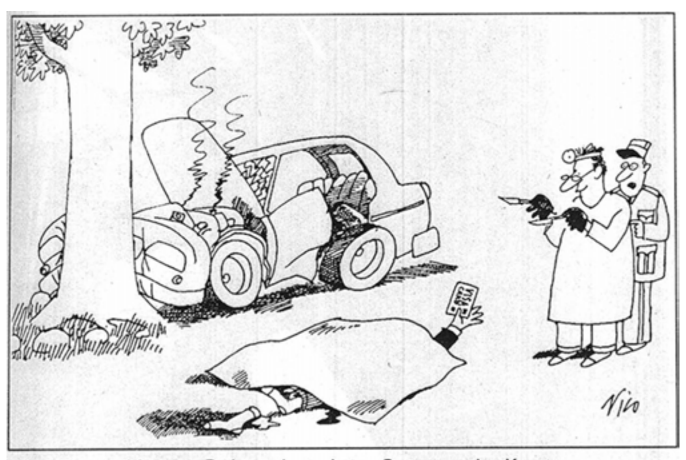


Abbildung 6: Karikatur aus dem Tages-Anzeiger, 6.4.1995

Anlässlich des oben beschriebenen Falls der heimlichen Organentnahme am Universitätsspital Zürich publizierte der *Tages-Anzeiger* eine Karikatur, die das Opfer eines Verkehrsunfalls zeigt, das von einem Arzt als Organspender auserkoren wird (vgl. Abb. 6). Der tote Autofahrer hält eine Kreditkarte in der Hand. Der Arzt, der mit freudigem Gesichtsausdruck und gezückten Skalpellen zur Organentnahme schreiten will, wird von einem Polizisten ermahnt: »Moment, Doktor, das ist keine Organspender-Karte.«[240] Fünf Monate später erschien im *Tages-Anzeiger* eine weitere Karikatur zur Organspende – nun im Zusammenhang mit der weiter oben erwähnten Weisung am Universitätsspital Zürich, Asylbewerber von der Nierentransplantation auszuschließen (vgl. Abb. 7).



Abbildung 7: Karikatur aus dem Tages-Anzeiger, 2./3.9.1995

Auf der Zeichnung ist ein Asylbewerber zu sehen, der mit einer frischen Narbe vom Operationstisch weggeht. Dort stehen zwei Ärzte: Der eine hält ein Protestschild mit der Aufschrift: »Keine Nierentransplantation für Asylanten«. Der andere Arzt, der offenbar die Operation ausgeführt hat, entgegnet ihm: »Wer sagt denn, dass er eine Niere bekommen hat? Ich habe ihn als Organspender gebraucht – aber er weiss es noch nicht.«[241] Im Dezember 1995 illustrierte auch die *Weltwoche* einen Artikel über die Regelung der Organentnahme in der Schweiz mit einer Karikatur (vgl. Abb. 8). Sie zeigt eine Szene in der Wüste: Ein Mann liegt tot am Boden, neben ihm ein Organspenderausweis. Zwei Parteien streiten sich um den Leichnam: Ein Arzt mit gezücktem Skalpell sowie zwei Aasgeier.[242]

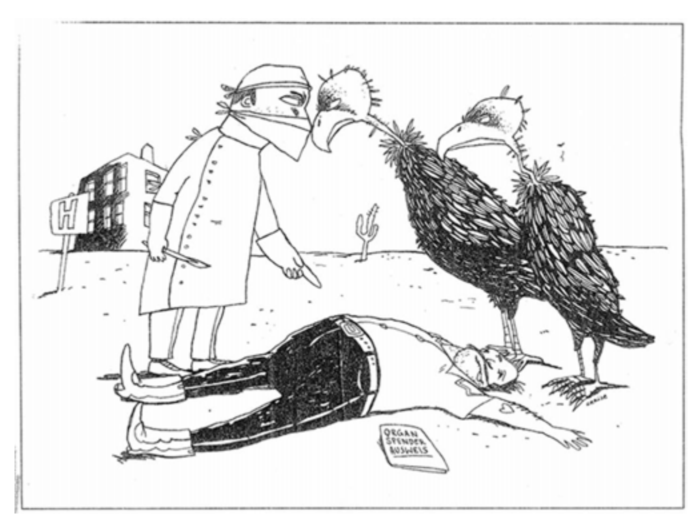


Abbildung 8: Karikatur aus der Weltwoche, 14.12.1995

Die Quellengattung der journalistischen Darstellungsform der politischen Karikatur erweist sich als fruchtbar hinsichtlich der historischen Analyse des medialen Diskurses über Organspende. Karikaturen, wie die beschriebenen, verdichten mit dem Stilmittel der ironisch-satirischen Übertreibung komplizierte Vorstellungskomplexe in einfache Bilder und transportieren meist polemische, aber sehr wohl meinungsbildende Deutungen, die anhand der meist differenzierter gehaltenen Text-Kommentare oft nur implizit erschließbar sind. Dabei greifen sie auf bekannte Metaphern und stereotype Figuren zurück.[243]

Alle drei untersuchten Karikaturen zeigen einen (potentiellen) Organspender – zweimal als Leiche, einmal als Lebendspender mit Narbe. Zwei Karikaturen thematisieren eine unfreiwillige Organspende: Auf dem ersten Bild soll die Organentnahme ohne Einwilligung des Spenders erfolgen, auf dem zweiten ist dies bereits geschehen. Alle drei Bilder inszenieren den Spenderkörper als wertvolle und weitgehend ungeschützte Organressource, die von den Ärzten begehrt wird. Mehr noch als die Spender stehen die Ärzte im Mittelpunkt der Karikaturen. Sie werden als skrupellose und unsensible Mediziner gezeichnet, die sich die wertvollen Organe um jeden Preis beschaffen wollen. Diese Vorstellung des Transplantationsarztes, der im Menschen nur eine Ansammlung von medizinischen Ressourcen sieht, die er sich unbedingt einverleiben will, komprimiert sich in der Figur des Aasgeiers, mit dem der Mediziner in der dritten Karikatur gleichgesetzt wird. Diese Figur tauchte, wie weiter oben gezeigt, in der Diskussion um die Organspende immer wieder auf. Sie verweist auf die Motive der Leichenschändung sowie des Kannibalismus und ermöglicht derart den Anschluss an ältere, populärkulturelle Narrative wie die weiter

oben erwähnte »Sage von der Schlachtung der Unschuldigen« oder die Geschichten über *bodysnatchers*.

Vor allem die Mediziner auf den ersten beiden Karikaturen verraten ihre weltfremde, menschenfeindliche Haltung durch ihr Lachen, das dem Ernst der Situation nicht angepasst ist. Sie sind Repräsentationen des *mad scientist*, kleine Abbilder von Dr. Harris aus dem Film COMA, die in ihrem spitzenmedizinischen Machbarkeits-Wahn bereit sind, die ethischen Prinzipien ihres Berufsstands den medizinischen Zielen zu opfern. Die Krise der Transplantationsmedizin, so Anne-Marie Moulin, sei auch eine Krise eines Berufsstandes.[244] Das in den Karikaturen vermittelte Bild einer Medizin, die sich Körper unterwirft und wissenschaftlich ausbeutet, hatte, wie weiter oben gezeigt, eine lange historische Vorgeschichte. Im Zusammenhang mit der Transplantationsmedizin war es in der Schweiz erstmals nach der ersten Herztransplantation 1969 öffentlichkeitswirksam geworden. Ab Ende der 1970er Jahre und vermehrt ab Ende der 1980er Jahre tauchte es dann in den Geschichten über Organhandel und Organraub auf. Nun war es Mitte der 1990er Jahre in der Debatte über die Regelung der Organspende angekommen.

Ernüchternde Bilanz

Die Aufklärungskampagnen der Transplantationsmedizin und ihrer Verbündeten hatten ihr Ziel verfehlt. Ein für Swisstransplant erstelltes PR-Konzept von 1993 zog eine ernüchternde Bilanz der Mitte der 1980er Jahre lancierten Öffentlichkeitskampagne: Die öffentliche Meinung habe sich verschlechtert, die Verweigerungen der Organspende hätten zugenommen.[245] Auch Felix Largiadèr stellte 1995 in einem NZZ-Beitrag fest, dass die Abnahme der postmortalen Organspender durch die in den letzten Jahren verstärkte Öffentlichkeitsarbeit nicht gebremst werden konnte. Er gab aber zu bedenken, dass der Rückgang allenfalls ohne Öffentlichkeitsarbeit noch stärker wäre.[246] Trotz großer Bemühungen war es nicht gelungen, die Organspende als selbstverständliche Bürgerpflicht zu etablieren.

Anstatt der erhofften Akzeptanzsteigerung traf mitunter das Gegenteil ein: Organtransplantation und Organspende erhielten eine Aura des Unheimlichen. Zu den Organhandels-Geschichten und der Problematisierung der rechtlichen Regelung der Organentnahme kam ab Mitte der 1990er Jahre auch eine mediale Debatte über die Zulässigkeit der Hirntod-Konzepts. Nicht mit der Transplantation befasste Ärzte, aber auch Politiker, Philosophen und Theologen, äußerten grundsätzliche Zweifel, ob Hirntote wirklich tot sind.[247] Die Deutungshoheit der Medizin wurde dabei in Frage gestellt: Die Auseinandersetzung um den Hirntod sei zu bedeutsam, um sie allein den Ärzten zu überlassen, erklärte etwa ein an der ETH Zürich tätiger Sozialethiker.[248] Dazu kamen internationale Medienberichte über spektakuläre Fälle von für

Hirntod erklärten Patienten, die aus dem Koma erwachten – moderne Versionen der unheimlichen Geschichten über Scheintote aus dem 18. und 19. Jahrhundert.[249] Es ging also nicht mehr bloß um unerwünschte Auswüchse der Transplantationsmedizin. Mit dem Hirntod stand gleichsam die Grundlage der postmortalen Organspende auf dem Spiel.

Diese Entwicklung wurde auch von den Fürsprechern der Organspende registriert. 1996 stellte der Chefredaktor der Patientenzeitschrift *Re-naissance* fest: »Bis vor kurzen schien die Organtransplantation aufgrund ihrer stolzen Leistungen auf einem vielversprechenden Erfolgskurs zu sein. Seit einige Monaten werden jedoch hie und da Stimmen laut, die auch ein williges Echo finden, um diese neue Therapiemöglichkeit unter x-beliebigen Vorwänden anzuzweifeln: irrationale Befürchtungen, vorgefasste Meinungen, emotional gefärbte, ›philosophische‹ oder gar religiöse Überzeugungen werden gegen die Organverpflanzung ins Feld geführt.«[250] Und der Präsident der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich konstatierte ein Jahr später in der *Schweizerischen Ärztezeitung*: »Eine irrationale, für den naturwissenschaftlich orientierten Arzt auch wenig einfühlbare Scheu vor der Organspende breitet sich mehr und mehr aus«.[251]

Unerwünschte Nebenwirkungen und die Grenzen der medizinischen Macht

Doch wie konnte es zu diesem Unbehagen gegenüber der Organspende kommen? Weshalb brachten die Informationskampagnen nicht die gewünschten Resultate? Es lohnt sich, nochmals die Diskursdynamik seit Mitte der 1980er Jahre in den Blick zu nehmen: Damals hatte die Aufklärungskampagne der Transplantationsmedizin ihren Ausgangspunkt in der Feststellung, dass eine Auseinandersetzung mit der Organspende weitgehend fehle und sich die Medien kaum für das Thema interessierten. Ziel der Öffentlichkeitsarbeit war es, die Adressaten zum Sprechen über die Organspende anzureizen. Zehn Jahre später war dieses Ziel erreicht, unter anderem Dank der Kampagnen, die das Thema erfolgreich in den medialen Diskurs einführten. Das Medieninteresse war groß. Die Zeitschrift *Re-naissance* zählte alleine für die Monate September und Oktober des Jahres 1995 349 Zeitungsartikel und sechs Fernsehsendungen.[252]

Die Ironie der Geschichte besteht darin, dass die gesteigerte Aufmerksamkeit der Akzeptanz der Organspende nicht nur förderlich war. Wie jedes Heilmittel hatte auch die Nutzung der Medien unerwünschte Nebenwirkungen: Die Transplantationsmedizin verlor die Kontrolle über die medialen Geister, die sie gerufen hatte. Exemplarisch zeigt das die mediale Berichterstattung nach der Swisstransplant-Pressekonferenz vom 4. April 1995, an der die Stiftung über Organmangel und Organhandel informierte. Während etwa *Der*

Bund dem Narrativ der Pressekonferenz weitgehend folgte,[253] so widmete der *Tages-Anzeiger* den Swisstransplant-Informationen nur gerade eine kleine Box. Stattdessen nahm er die Veranstaltung zum Anlass, die beiden oben erwähnten Fälle einer unautorisierten Organentnahme prominent zu problematisieren.[254] Die Berichterstattung des *Blicks* wiederum konzentrierte sich ganz auf den Organhandel, der als unmittelbare Bedrohung präsentiert wurde.[255]

In dem Maße, wie die Transplantationsmedizin die Macht über das von ihr mitproduzierte Sprechen über die Organspende verloren hatte, erwiesen sich ihre Aufklärungsbemühungen als Bumerang. Es gab in den Reihen der Transplantationsmedizin denn auch Stimmen, die den Nutzen von Aufklärung anzweifelten. Ein Arzt des Kantonsspitals Chur konstatierte 1995 in einem Brief an die SAMW, in dem er von zunehmender Abneigung und Misstrauen der Angehörigen gegenüber der Organspende berichtete: »Die gut gemeinte Öffentlichkeitsarbeit der Transplanteure hat uns dabei eher geschadet als geholfen.«[256] Und an einer Tagung zur Organspende von 1999 in Genf konstatierte ein Vertreter der Stiftung Eurotransplant laut einem Tagungsbericht: »the more public discussion you cause, the less organ donation you may expect.«[257]

Die in manchen sozialwissenschaftlichen Studien vorherrschende Normierungs- und Disziplinierungsperspektive gerät angesichts dieser empirischen Befunde in einen Erklärungsnotstand. Die Geschichte der Organspende in der Schweiz ist nicht die Geschichte einer sich permanent ausweitenden medizinischen Macht, die sich die Individuen mit Hilfe der Medien und anderer gesellschaftlicher Institutionen unterwirft und gefügige, spendefreudige Subjekte produziert. Die Subjekte, welche sich im Zuge der öffentlichen Thematisierung der Organspende konstituierten, nutzen die ihnen zugestandene Sprecherposition, hielten sich dabei aber nicht immer an die von der Transplantationsmedizin vorgegebenen Rederegeln. Sie nahmen die ihnen in den Kampagnen-Texten oft explizit zugestandene Freiheit wahr, sich auch gegen eine Organspende zu entscheiden.

Ursachen der Krise

Weshalb aber wurde die diskursive Anrufung an den verantwortlichen Spender oft zurückgewiesen? Wieso wurde die positive Deutung der Organspende, die auch dank der Massenmedien große Verbreitung fand, kontinuierlich relativiert? Die Fürsprecher der Organspende sahen die Schuld bei den Massenmedien. Sie hatten in den Augen vieler Ärzte die ihnen zugedachte, verantwortungsvolle Aufgabe, die von der Transplantationsmedizin zur Verfügung gestellten Informationen populär aber sachgerecht zu vermitteln, zunehmend nur mehr mangelhaft erfüllt.[258] Die Medien, so klagte der Leiter der Abteilung Organtransplantation am Kantonsspital Basel 1993 in einer Sandoz-Zeitschrift, seien an den Resultaten der modernen Medizin nur sehr marginal interessiert.

Über Gebühr würden sie aber jedes Gerücht zweifelhafter oder krimineller Organbeschaffung aufnehmen und es mit auflagesteigernden Schlagzeilen verbreiten.[259] Derartige Vorwürfe an die Medienschaffenden aus den Reihen der Transplantationsmedizin waren Mitte der 1990er Jahre häufig[260] und wurden unter anderem auch an mehreren öffentlichen Veranstaltungen artikuliert.[261] Es sei verständlich, so der Chefredaktor von *Re-naissance* 1996, wenn Mitbürger die Spende ablehnten, weil sie durch widersprüchliche Aussagen in der Presse in Zweifel gestürzt würden.[262]

Die Medienschaffenden wiesen die Schuld am wachsenden Misstrauen zurück, und sahen ihrerseits die Mediziner in der Verantwortung. »Einmal mehr also die bösen Medien? Der Schluss wäre zu einfach. Die Medien haben in der Regel nur rapportiert, was ihnen Angehörige der Unfallopfer berichteten«, schrieb ein Kommentator im NZZ *Folio* zur Abnahme der Spendebereitschaft.[263] Eine Journalistin des *Tages-Anzeigers* wies an einer Podiumsdiskussion darauf hin, dass nur die Offenlegung von Missständen auch zu deren Behebung führe.[264]

Wer war denn nun verantwortlich für den schlechten Ruf der Organspende? Die Medien mit ihrer einseitig negativen Berichterstattung oder die Transplantationsmedizin mit ihrer missbräuchlichen oder unsensiblen Praxis? Beide Faktoren waren gewiss von Bedeutung, wobei die Kategorien von Schuld und Verantwortung einem historischen Verständnis dieser Faktoren wenig dienlich sind. Die Repräsentation der Transplantationsmedizin in den journalistischen Medien war den Aufmerksamkeitskriterien, den journalistischen Regeln und Codes unterworfen, die sich historisch herausgebildet hatten. Neben den Prinzipien der Personalisierung, Privatisierung, Emotionalisierung, Sensationalisierung und Dramatisierung war es die mediale Fokussierung auf Unregelmäßigkeiten und Normabweichungen, welche die polarisierende, widersprüchliche Darstellung der Organtransplantation begünstigte: Neben spektakulären Erfolgsmeldungen interessierten sich die Massenmedien vor allem für Pannen und Konflikte.[265]

Gleichsam als Voraussetzung medialer Skandalisierung war auch die transplantationsmedizinische Praxis nicht irrelevant. Generierte sie Konflikte, negative Emotionen oder gar Gerichtsfälle, so konnten diese von den Medien aufgenommen werden und so die mediale Deutung der Organspende beeinflussen. Beispielen dafür sind wir begegnet: Die Debatte um die erste Herztransplantation 1969 und dann Mitte der 1990er Jahre die beiden Fälle von unautorisierter Organentnahme, aber auch das Nierentransplantations-Verbot für Asylbewerber. Es war freilich weniger die Zunahme einer zynischen, reduktionistischen Ersatzteilideologie als der wachsende systemimmanente Druck des Organmangels, der die Verantwortlichen in den 1990er Jahren veranlasste, die eben etablierten Prinzipien der transparenten Angehörigenbetreuung und der Konfliktvermeidung aufzuweichen. Die Analyse dieser Medienereignisse zeigt

zudem, dass es entscheidend ist, wie die jeweilige medizinische Praxis interpretiert und bewertet wird. Erst der diskursive Deutungsrahmen bestimmt, ob es sich um einen skandalträchtigen Vorfall handelt.

Die Wirkmächtigkeit der Organhandelsgeschichten

Insofern sind weder die Aufmerksamkeitskriterien der journalistischen Medien noch die Entwicklung der transplantationsmedizinischen Praxis hinreichend, um die semantische Krise der Organspende Mitte der 1990er Jahre zu erklären. Eine historische Erklärung muss die Wirkmächtigkeit von Narrativen miteinbeziehen, die mit der Realität der transplantationsmedizinischen Praxis in der Schweiz nur indirekt etwas zu tun hatten: Geschichten und Bilder, die die Organbeschaffung mit Gewalt, Ausbeutung und medizinischer Hybris assoziierten – allen voran die Narrative von Organhandel und Organraub. Sie muss darüber hinaus die kulturwissenschaftliche Einsicht ernst nehmen, dass die Wirklichkeit von Fiktionen, Bildern und Phantasien mitgeformt wird.

Dabei können zwei Perspektiven unterschieden werden: Einerseits gilt es, die Geschichtlichkeit und die Eigenlogik dieser Geschichten und Bilder anzuerkennen. Diese Sichtweise verweist auf die Wirkmächtigkeit von älteren Narrativen einer gefährlichen und fehlgeleiteten Wissenschaft und Medizin. Sie bildeten gleichsam ein semantisches *a priori*, einen interpretativen Rahmen, in dem die Technik der Transplantationsmedizin und die zu ihr gehörende Praxis der Organspende von Anfang an gefangen war. Andererseits zeugen diese Geschichten und Bilder auch vom prekären Status der transplantationsmedizinischen Symbolisierungen: Weder der medizinisch-naturwissenschaftliche, der organisatorisch-ökonomische noch der moralische Diskurs der Organspende erwiesen sich als stabil. An ihren Rändern, in ihren Bruchstellen, an denen das traumatische Reale der Organspende in die symbolische Ordnung einbrach und diese zu sprengen drohte, wucherten die phantasmatischen Geschichten und Bilder. Diese psychoanalytisch fundierte Perspektive verweist – wenn auch nur indirekt, gleichsam *ex negativo* – auf existentielle körperliche Erfahrungen und Gefühle, auf Angst, Schmerz, Trauer und Unsicherheit rund um die Verwertung des Körpers und den Tod.

Anmerkungen

1 | Vgl. »Tausche Niere gegen Rebland«, in: Der Schweizerische Beobachter, 12.10.1990.

2 | Vgl. Ambagtsheer 2011, S. 72. Vgl. auch Moret u.a. 2007, S. 31.

3 | Die Rechercheergebnisse wurden in einem 1997 publizierten Bericht zusammengefasst. Vgl. Rothman u.a. 1997. Daneben stütze ich mich auf eine Studie des deutschen

Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung von 2004. Vgl. Pearson 2004.

4 | Vgl. Campion-Vincent 2002 sowie Campion-Vincent 2005.

5 | Vgl. Bennett 2005.

6 | Vgl. Scheper-Hughes 1996 sowie Scheper-Hughes 2000. 1999 gründete Scheper-Hughes zusammen mit drei anderen Professoren die Menschenrechts-Organisation »Organ Watch«, die sich der Erforschung des weltweiten Organhandels verschrieb.

7 | Schwarzmarkt für Nieren in Ägypten, in: Aargauer Tagblatt, 28.8.1987.

8 | Vgl. Rothman u.a. 1997; Rothman 1998; Pearson 2004; Ambagtsheer 2011.

9 | Oft reisen die Empfänger in das Heimatland des Verkäufers; manchmal findet die Transplantation aber auch in einem dritten Staat statt. Vgl. Ambagtsheer 2011, S. 80.

10 | Vgl. Ambagtsheer 2011, S. 80.

11 | Vgl. Florierender Handel mit Nieren in Ägypten, in: NZZ, 15.1.1992; Eindämmung des Organhandels in Kairo, in: NZZ, 14.7.1992; Eine Niere verkaufen, um zu überleben, in: Basler Zeitung, 17.11.1992; Das grausame Geschäft geht im dunkeln weiter, in: Weltwoche, 16.3.1995; sowie folgende Sendungen des Schweizer Fernsehens: Rundschau, 12.4.1995 sowie 10 vor 10, 2.5.2001.

12 | Vgl. Blut gespendet – und ohne Niere erwacht, in: Tages-Anzeiger, 16.2.1995; Das grausame Geschäft geht im dunkeln weiter, in: Weltwoche, 16.3.1995 sowie Organhandel und Organentnahmen, in: Sonntags-Zeitung, 19.3.1995.

13 | Pearson schreibt dazu in ihrem Bericht über die Anwendung von Zwang im Nierenhandel: »If we considered trafficking in a narrow way of only those cases of transporting someone with complete deception or forcing them to have an organ removed, then such cases occur but in a very small number. There is certainly a much more significant pattern of organ trafficking in terms of people being deceived and coerced into selling organs. Most consent to sell a kidney, but there is deception as to amount of payment for the kidney, and in some cases no payment at all. Consent may be obtained under varying degrees of coercion.« Pearson 2004.

14 | Die »Bellagio Task Force on Transplantation, Bodily Integrity and the International Traffic in Organs« kam zum Schluss, dass es keine verlässlichen Beweise für Fälle von Kidnapping oder Mord im Zusammenhang mit Organhandel gebe. Alleine aufgrund der medizinischen Realitäten seien solchen Praktiken höchst unwahrscheinlich. Vgl. Rothman u.a. 1997, S. 6f.; Rothman 1998, S. 16. Für eine Begründung, warum Geschichten von Organdiebstahl unplausibel sind, vgl. auch Campion-Vincent 2005, S. 91ff.

15 | Vgl. Bennett 2005, S. 214ff. sowie Campion-Vincent 2002 und 2005.

16 | Vgl. Campion-Vincent 2002, S. 34f. sowie Campion-Vincent 2005, S. 3ff.

17 | Vgl. Neugeborene als Rohstoff verschachert?, in: Vorwärts, 4.2.1988; Stück für Stück den Körper zu Markte getragen, in: Wochenzeitung, 5.8.1988; Frauen als Organbrutkästen?, in: Der Bund, 7.9.1988; Verkaufen Sie Ihre Niere, das ist leichter als ein Bankraub, in: Weltwoche, 6.7.1989; NZZ, 16./17.9.1989, zit. in Chenaux 2000, S. 53; Zu arm, um mit zwei Nieren leben zu dürfen, in: Basler Zeitung, 21.12.1989; Verbot für Handel mit Transplantaten in Europa, in: NZZ, 16.9.1993; Schweizer Betreuer in Hondu-

ras verhaftet, in: Tages-Anzeiger, 23.4.1993 sowie Brasilianische Kinder durch Adoption um Niere und Netzhaut gekommen?, in: Tages-Anzeiger, 11.10.1994.

18 | Vgl. Blühender Handel mit Kinderorganen, in: NZZ, 9.6.1993; Verbot für Handel mit Transplantaten in Europa, in: NZZ, 16.9.1993; »Biete Niere gegen Geld«, in: St. Galler Tagblatt, 23.9.1994 und Das grausame Geschäft mit den Augen lebender Kinder, in: Blick, 10.1.1995. Für eine frühe Variante dieses Narrativs, die sich auf Ägypten bezieht, vgl. Schwarzmarkt für Nieren in Ägypten, in: Aargauer Tagblatt, 28.8.1987.

19 | Vgl. Campion-Vincent 2005, S. 119ff.; Müller-Ullrich 1996, S. 50ff. sowie La TV ment-elle?, in: Le Nouveau Quotidien, 20.9.1995.

20 | Diabolischer Handel mit Organen, in: NZZ, 5.12.1994. Die kanadisch-englische Produktion von Bruce Harris und Judy Jackson hieß im Original THE BODY PARTS BUSINESS. Zum Film vgl. Campion-Vincent 2005, S. 199ff.

21 | Vgl. Campion-Vincent 2005, S. 117f.

22 | Vgl. Campion-Vincent 2005, S. 8f., 88f. u. 104ff. sowie Müller-Ullrich 1996, S. 57f.

23 | Vgl. Scheper-Hughes 2000 sowie die kritischen Kommentare von Campion-Vincent 2001 und Marshall 2000.

24 | Sottas Bericht trug den Titel »Trade in Organs and Torture«. Bei der Tagung handelt es sich um den »Eurosciences Media Workshop« mit dem Titel »The Present State and Future Needs of Organ Transplantation« vom 7. und 8. März 1994 in Basel. Vgl. Campion-Vincent 2005, S. 96f. sowie Müller-Ullrich 1996, S. 58. Zu Sottas Aktivität vgl. auch Blühender Handel mit Kinderorganen, in: NZZ, 9.6.1993.

25 | Vgl. Campion-Vincent 2005, S. 143ff. sowie S. 193.

26 | Vgl. etwa Organhandel, in: Cash, 17.12.1993; »Biete Niere gegen Geld«, in: St. Galler Tagblatt, 23.9.1994 sowie Brasilianische Kinder durch Adoption um Niere und Netzhaut gekommen?, in: Tages-Anzeiger, 11.10.1994.

27 | Vgl. NZZ, 18.10.1989, zit. in Chenaux 2000, S. 53; Neues zur Legende vom Kinderhandel, in: NZZ, 24.10.1990; Wahre Gerüchte, in: Basler Zeitung Magazin, 12.4.1997 sowie Das Geschäft mit den Teilen des Körpers, in: Weltwoche, 18.6.1998.

28 | Vgl. etwa Organ-Raub bei Waisen?, in: Tages-Anzeiger, 20.3.1999 sowie Spenderausweise tragen nur wenige auf sich, in: NZZ, 2.3.2002.

29 | Vgl. Rothman u.a. 1997; Pearson 2004, S. 20f.; Ambagtsheer 2011, S. 78f.

30 | Vgl. Hinrichtungsopfer als Organspender?, in: NZZ, 22.6.1991; La chine exporte les organes de ses condamnés à mort, in: Le Nouveau Quotidien, 28.6.1992; NZZ, 29.8.1994, zit. in: Chenaux 2000, S. 59; Blick, 25.2.1998; China macht die Todesstrafe zur Marktlücke, in: Der Bund, 28.2.1998; So vermarktet China die Organe von Hingerichteten, in: Cash, 6.3.1998 sowie Das Geschäft mit den Teilen des Körpers, in: Weltwoche 18.6.1998. Vgl. auch die Sendung 10 vor 10 des Schweizer Fernsehens vom 25.2.1998.

31 | Vgl. Für die armen Patienten reicht die Schweineleber, in: Tages-Anzeiger, 17.12.1996.

32 | Makabrer Handel mit Organen, in: Tages-Anzeiger, 9.1.1991.

33 | Organhandel und Organentnahmen, in: Sonntags-Zeitung, 19.3.1995.

34 | Eine Niere verkaufen, um zu überleben, in: Basler Zeitung, 17.11.1992; Brasilianische Kinder durch Adoption um Niere und Netzhaut gekommen?, in: Tages-Anzeiger, 11.10.1994; Das grausame Geschäft geht im dunkeln weiter, in: Weltwoche, 16.3.1995; Organhandel und Organentnahmen, in: Sonntags-Zeitung, 19.3.1995 sowie Tagung zur organisierten Kriminalität, in: Basler Zeitung, 7.9.1996.

35 | Neugeborene als Rohstoff verschachert?, in: Vorwärts, 4.2.1988.

36 | Stück für Stück den Körper zu Markte tragen, in: Wochenzeitung, 5.8.1988. Vgl. auch »Biete Niere gegen Geld«, in: St. Galler Tagblatt, 23.9.1994.

37 | Frauen als Organbrutkästen?, in: Der Bund, 7.9.1988; Eindämmung des Organhandels in Kairo, in: NZZ, 14.7.1992 sowie Eine Niere verkaufen, um zu überleben, in: Basler Zeitung, 17.11.1992.

38 | Zu arm, um mit zwei Nieren leben zu dürfen, in: Basler Zeitung, 21.12.1989 sowie Schweizer Betreuer in Honduras verhaftet, in: Tages-Anzeiger, 23.4.1993.

39 | Keine Chance für den Organhandel, in: Der Bund, 5.4.1995 sowie Kein Handel mit menschlichen Organen, in: Luzerner Neueste Nachrichten, 5.4.1995.

40 | Neugeborene als Rohstoff verschachert?, in: Vorwärts, 4.2.1988.

41 | Zu arm, um mit zwei Nieren leben zu dürfen, in: Basler Zeitung, 21.12.1989; Eine Niere verkaufen, um zu überleben, in: Basler Zeitung, 17.11.1992; Schweizer Betreuer in Honduras verhaftet, in: Tages-Anzeiger, 23.4.1993; Organhandel, in: Cash, 17.12.1993; Brasilianische Kinder durch Adoption um Niere und Netzhaut gekommen?, in: Tages-Anzeiger, 11.10.1994; Keine Chance für den Organhandel, in: Der Bund, 5.4.1995; Kein Handel mit menschlichen Organen, in: Luzerner Neueste Nachrichten, 5.4.1995; Organhandel in China: Novartis im Zwielicht, in: Cash, 6.3.1998; Verkaufe: gesunde Niere, in: Weltwoche, 12.11.1998 sowie Tages-Anzeiger, 22.7.2000.

42 | Eine Niere verkaufen, um zu überleben, in: Basler Zeitung, 17.11.1992; Un trafic d'organes, spécialement des reins, fait scandale en Inde, in: Tribune de Genève, 4.3.1995 sowie die Sendung 10 vor 10 des Schweizer Fernsehens vom 2.5.2001. Zur Kritik am Orientalismus – dem eurozentrischen, kolonialen und stereotypen Blick auf ein als mysteriöses orientalisches Gegenbild zum aufgeklärten Westen konstruiertes Morgenland – vgl. Said 2009.

43 | Vgl. Frow 1997, S. 162.

44 | Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 13.12.1990. Die deutsche Soziologin Martina Spirgatis konstatierte 1997 mit Verweis auf die Ausbreitung das Organhandels, dass die »Dritte Welt« näher rücke (Spirgatis 1997, S. 93).

45 | Neben der Sowjetunion bzw. Russland berichteten Schweizer Zeitungen vor allem in den späteren 1990er Jahren von Organhandel in Albanien, Rumänien, Moldawien und Usbekistan. Vgl. Makabrer Handel mit Organen, in: Tages-Anzeiger, 9.1.1991; Organ- und Kinderhandel durch Ärzte in Albanien, in: NZZ, 19.10.1998; Organhandel! Jagd auf Babys, in: Blick, 27.10.1998; Verkaufe: gesunde Niere, in: Weltwoche, 12.11.1998; Menschenfleisch in Moldau feilgeboten, in: NZZ, 5.4.2001 sowie Usbekistan – Mordendes Paar betrieb Organhandel, in: Aargauer Zeitung, 8.1.2001.

46 | Zur Alltagswahrnehmung der Russenmafia als neues Angstbild nach dem Ende der Sowjetunion vgl. Paoli 2004, S. 297.
47 | Während andere Zeitungen von einem einvernehmlichen Verkauf der Organe sprachen, wusste die *Weltwoche* sowie die Zeitschrift *Beobachter* zu berichten, dass die Nieren ohne Wissen der türkischen Männer entnommen worden seien. Vgl. Britisches Verbot von Handel mit Organen?, in: NZZ, 4.2.1989; Gesetz gegen Organspender aus der Dritten Welt?, in: Tages-Anzeiger, 15.2.1989; Verkaufen Sie Ihre Niere, das ist leichter als ein Bankraub, in: Weltwoche, 6.7.1989 sowie »Tausche Niere gegen Rebland«, in: Der Schweizerische Beobachter, 12.10.1990.
48 | Vgl. Stück für Stück den Körper zu Markte tragen, in: Wochenzeitung, 5.8.1988; Frauen als Organbrutkästen?, in: Der Bund, 7.9.1988; Erfüllter Traum, in: Zürichsee-Zeitung, 4.11.1988; Zu arm, um mit zwei Nieren leben zu dürfen, in: Basler Zeitung, 21.12.1989 sowie Verkaufen Sie Ihre Niere, das ist leichter als ein Bankraub, in: Weltwoche, 6.7.1989. Es finden sich keine Hinweise, dass auch tatsächlich ein Organhandel stattgefunden hat.
49 | Ersatzteillager, in: Der öffentliche Dienst VPOD, 29.9.1989.
50 | Zu arm, um mit zwei Nieren leben zu dürfen, in: Basler Zeitung, 21.12.1989. Die NZZ zweifelte an, ob sich der Handel mit menschlichen Organen kraft eines Gesetzes unterbinden oder auch nur eindämmen lasse. Britisches Verbot von Handel mit Organen?, in: NZZ, 4.2.1989.
51 | »Tausche Niere gegen Rebland«, in: Der Schweizerische Beobachter, 12.10.1990.
52 | Marco Decurtis gegenüber der Sonntags-Zeitung, 28.1.1990, zit. in: Der Mensch – eine Ware?, in: Krankenpflege, September 1990, S. 15.
53 | Vgl. »Der Handel mit Organen wäre bei uns undenkbar«, in: St. Galler Tagblatt, 23.1.1989; Die Organverschwendung nimmt kein Ende, in: Bündner Zeitung, 6.1.1992 sowie Organknappheit bringt Kostenexplosion und »Organtourismus«, in: Basler Zeitung, 6.8.1996.
54 | Basel ein Zentrum für Herztransplantation?, in: Basler Zeitung, 13.1.1993.
55 | Keine Chance für den Organhandel, in: Der Bund, 5.4.1995.
56 | Bekommen Reiche schneller eine neue Niere?, in: Der Schweizerische Beobachter, 30.8.1996.
57 | Vgl. »Organtransplantationen dürfen nicht zu einem Geschäft werden«, in: Bündner Zeitung, 22.5.1993; Osteuropäer bieten in der Schweiz menschliche Organe an, in: Der Bund, 25.5.1993 sowie Bald eine Ersatzniere aus Polen?, in: St. Galler Tagblatt, 20.7.1993. Vgl. auch »Biete Niere gegen Geld«, in: St. Galler Tagblatt, 23.9.1994 sowie »Der Verzicht auf Nierentransplantationen ist überhaupt keine Frage des Könnens«, in: Aargauer Tagblatt, 14.2.1995.
58 | Organhandel, in: Cash, 17.12.1993.
59 | Vgl. Organhandel und Organentnahmen, in: Sonntags-Zeitung, 19.3.1995 sowie Bekommen Reiche schneller eine neue Niere?, in: Der Schweizerische Beobachter, 30.8.1996.
60 | Vgl. »Tausche Niere gegen Rebland«, in: Der Schweizerische Beobachter, 12.10.1990 sowie Ständerat gegen Organhandel, in: Basler Zeitung, 23.9.1994.

61 | Vgl. »Tausche Niere gegen Rebland«, in: Der Schweizerische Beobachter, 12.10.1990.
62 | Schweizerin wollte Niere für 180 000 Franken verkaufen, in: Sonntags-Blick, 16.3.1997. Vgl. auch Chenaux 2000, S. 63.
63 | Schwarzmarkt für Nieren in Ägypten, in: Aargauer Tagblatt, 28.8.1987; Verkaufen Sie Ihre Niere, das ist leichter als ein Bankraub, in: Weltwoche, 6.7.1989; Kein Handel mit Organen, in: Tages-Anzeiger, 27.7.1989 sowie Blühender Handel mit Kinderorganen, in: NZZ, 9.6.1993.
64 | Das grausame Geschäft geht im dunkeln weiter, in: Weltwoche, 16.3.1995.
65 | Organhandel und Organentnahmen, in: Sonntags-Zeitung, 19.3.1995.
66 | So überschrieb der *Tages-Anzeiger* 1999 eine Agenturmeldung über die Organentnahme bei toten Kleinkindern zu Forschungszwecken in England mit »Organhandel mit Babys?«, obwohl der Artikel keinen Hinweis auf den Verkauf der Organe enthielt (Organhandel mit Babys?, in: Tages-Anzeiger, 4.12.1999). Die *Neue Luzerner Zeitung* setzte 2001 für eine Agenturmeldung über einen ähnlichen Fall in Australien den Titel »Organhandel auch in Australien«. Auch hier handelte es sich um Organentnahmen ohne Zustimmung der Familienangehörigen; von einem Verkauf der Organe ist im Artikel nicht die Rede (Organhandel auch in Australien, in: Neue Luzerner Zeitung, 2.2.2001).
67 | Schwarzmarkt für Nieren in Ägypten, in: Aargauer Tagblatt, 28.8.1987 sowie Zu arm, um mit zwei Nieren leben zu dürfen, in: Basler Zeitung, 21.12.1989.
68 | Neugeborene als Rohstoff verschachert?, in: Vorwärts, 4.2.1988 sowie Organ-Raub bei Waisen?, in: Tages-Anzeiger, 20.3.1999.
69 | Das grausame Geschäft geht im dunkeln weiter, in: Weltwoche, 16.3.1995; Organhandel: Bald auch in der Schweiz?, in: Blick, 5.4.1995 sowie Das grausame Geschäft mit den Augen lebender Kinder, in: Blick, 10.1.1995.
70 | Frauen als Organbrutkästen?, in: Der Bund, 7.9.1988.
71 | Verkaufen Sie Ihre Niere, das ist leichter als ein Bankraub, in: Weltwoche, 6.7.1989.
72 | Frauen als Organbrutkästen?, in: Der Bund, 7.9.1988
73 | Makabrer Handel mit Organen, in: Tages-Anzeiger, 9.1.1991.
74 | Diabolischer Handel mit Organen, in: NZZ, 5.12.1994.
75 | Zu arm, um mit zwei Nieren leben zu dürfen, in: Basler Zeitung, 21.12.1989 sowie »Tausche Niere gegen Rebland«, in: Der Schweizerische Beobachter, 12.10.1990.
76 | »Tausche Niere gegen Rebland«, in: Der Schweizerische Beobachter, 12.10.1990.
77 | »Tausche Niere gegen Rebland«, in: Der Schweizerische Beobachter, 12.10.1990.
78 | Verkaufen Sie Ihre Niere, das ist leichter als ein Bankraub, in: Weltwoche, 6.7.1989 sowie »Tausche Niere gegen Rebland«, in: Der Schweizerische Beobachter, 12.10.1990.
79 | Organhandel! Jagd auf Babys, in: Blick, 27.10.1998.
80 | Das Zitat entstammt der ersten deutschen Ausgabe von 1977. Ziegler 1977, S. 36.
81 | Zur wirkmächtigen Vorstellung des Körpers als etwas Unveräußerliches und Unverkäufliches vgl. Gehring 2006, S. 34ff.; Sarasin 2007a; Frow 1997, S. 148ff.; Herrmann 2006 sowie Fach/Pates 2006.
82 | Vgl. Campion-Vincent 2002, S. 40ff. sowie Campion-Vincent 2005, S. 178ff. Die Legenden haben in dieser Sichtweise einen sehr realen sozialen Hintergrund: Sie sind

eine Antwort auf Angriffe auf Straßenkinder, auf Adoptionen und realen Organhandel. In diesem Sinne sind sie »metaphorisch wahr, indem sie durch symbolische Ersetzungen funktionieren«, wie es Bericht der Bellagio Task Force heißt (vgl. Rothman u.a. 1997, S. 7).

83 | Traitement de Choc (F 1972, R: Alain Jessua).

84 | Vgl. Campion-Vincent 2005, S. 140.

85 | Vgl. Cook 1977 sowie Coma (USA 1978, R: Michael Chrichton).

86 | Vgl. Campion-Vincent 2005, S. 141.

87 | Fleisch (BRD 1979, R: Rainer Erler). Der Film wurde im deutschen Fernsehen wiederholt ausgestrahlt und war in über 120 Ländern im Kino zu sehen. Er erhielt 1980 die »Goldene Nymphe« auf dem Internationalen Fernsehfestival in Monte Carlo. Der vom Regisseur verfasste gleichnamige Roman zum Film erschien kurz vor der Erstausstrahlung und verkaufte sich innerhalb eines Monats bereits 30.000 mal. Vgl. Der Tagesspiegel, 17.2.2008; Von der Lühe 1990 sowie Von der Lühe 1996.

88 | Vgl. Von der Lühe 1990 sowie Von der Lühe 1996.

89 | Tatort-Folge 21: »Rechnen sie mit dem schlimmsten« (BRD 1972, R: Peter Schulze-Rohr). Auch in späteren Tatort-Folgen ging es um Organhandel, etwa in der Folge 347 »Der Entscheider« vom 24.11.1996; der Folge 539 »Leyla« vom 31.8.2003; der Folge 792 »Leben gegen Leben« vom 27.2.2011 sowie der Folge 819 »Das Dorf« vom 4.12.2011.

90 | Vgl. Breger/Krüger-Fürhoff/Nusser 2008; Squier 2004, S. 16; Macho/Wunschel 2004; Weigel 2004 sowie Sarasin 2003d, S. 254ff.

91 | Der Mensch – ein Ersatzteillager?, in: Weltwoche, 17.12.1980.

92 | Freud 2000, S. 267.

93 | Für eine Auswahl der wichtigsten Beispiele vgl. Campion-Vincent 2005, S. 136ff. sowie O'Neill 2006, S. 225ff. Eine umfangreiche Aufzählung von Filmen, TV-Serien, Romanen, Computer-Spielen und Comic-Büchern mit Motiven des Organraubs und Organhandels findet sich auf http://tvtropes.org/pmwiki/pmwiki.php/Main/OrganTheft? [1.6.2012].

94 | Zum Phänomen der zeitgenössischen Legende vgl. Brunvand 1981, Klintberg 1990; Stehr 1998 sowie Bennett 2005.

95 | Laut Žižek funktioniert der Glauben in unserem sich als säkular und »postideologisch« verstehenden Zeitalter, indem er auf andere übertragen wird bzw. indem das Subjekt des Glaubens unterstellt wird – etwa in Gestalt eines unpersönlichen Akteurs, eines unspezifischen Agenten nach der Formel »Die sagen, dass...« oder »Man sagt, dass...«. Vgl. Žižek 2008.

96 | Die Organraub-Geschichte ist in zahlreichen Sammlungen moderner Sagen enthalten: vgl. etwa Brednich 1991, S. 77ff.; Brednich 1996, S. 43ff.; Brunvand 1994, S. 149ff.; Klintberg 1994, S. 15ff. u. 66ff. sowie Goldstuck 1993, S. 99ff.

97 | Vgl. Campion-Vincent 2005, S. 24ff. sowie Brednich 1996, S. 43.

98 | Organbeschaffung, in: Basler Zeitung, 4.7.1992.

99 | Mit nur einer Niere wird er im Park gefunden, in: Der Bund, 15.1.1992.

100 | Vgl. die Berichte in La Suisse, 3.3.1993 und Le Nouveau Quotidien, 3.3.1993, zit. in Chenaux 2000, S. 56. Campion-Vincent zitiert eine Version der Eurodisney-Geschichte, die ihr ein Mann im schweizerischen Freiburg im September 1993 erzählte. Vgl. Campion-Vincent 2005, S. 28f.
101 | Vgl. Le Nouveau Quotidien, 17.7.1992, zit. in: Chenaux 2000, S. 55 sowie Brednich 1996, S. 43f.
102 | Basel ein Zentrum für Herztransplantation?, in: Basler Zeitung, 13.1.1993.
103 | Vgl. Lienhard 1995.
104 | Brednich 1996, S. 43f.
105 | Mann entführt und Niere geklaut!, in: Blick, 20.2.1993.
106 | Mann entführt und Niere geklaut!, in: Blick, 20.2.1993.
107 | Dies berichtete der Basler Journalist Jürg-Peter Lienhard. Vgl. Lienhard 1995.
108 | Vgl. die Sendung 10 vor 10 des Schweizer Fernsehens vom 16.2.1993 sowie Mann entführt und Niere geklaut!, in: Blick, 20.2.1993.
109 | Mann entführt und Niere geklaut!, in: Blick, 20.2.1993.
110 | Keine Chance für den Organhandel, in: Der Bund, 5.4.1995.
111 | Rushkoff 1995.
112 | Vgl. etwa Brunvand 1981; Klintberg 1990, S. 14; Brednich 1991, S. 9 sowie Brednich 1994, S. 18.
113 | Stehr 1998, S. 110ff.
114 | Campion-Vincent 2002, S. 35ff.
115 | Zur Kategorie des Realen vgl. Evans 2002, S. 250ff.; Žižek 2008, S. 85ff. sowie Sarasin 2003c.
116 | Zum Begriff des Phantasmas vgl. Evans 2002, S. 228ff.; Sarasin 2001, S. 453f. sowie Žižek 1997.
117 | Freud 2000, S. 268.
118 | Zum Lustgewinn durch Angstbewältigung beim Konsum literarischer Darstellungen des Schrecklichen vgl. Anz 1998, Kapitel 4. Zum auf Körperlichkeit zentrierten »evasiven Vergnügen« in der Populärkultur und zum Lust bereitenden Empfinden von Ekel, Wut, Schmerz oder Angst vgl. Hepp 1999, S. 72ff.
119 | Zu dieser Überlegung vgl. Sarasin 2004a, S. 26f.
120 | Vgl. Campion-Vincent 2005, S. 161ff.
121 | Vgl. Groebner 2011 sowie Groebner 2010.
122 | Zur Kulturgeschichte des Frankenstein-Mythos vgl. Hitchcock 2007 sowie Turney 1998, der die Bedeutung des Frankenstein-Narrativs für die gesellschaftliche Wahrnehmung der biotechnologischen Forschung beleuchtet.
123 | Das *Frankenstein Film Sourcebook* führt rund 200 Filme auf, die sich auf den Frankenstein-Mythos beziehen (vgl. Picart u.a. 2001). Eine Aufzählung von Filmen, TV-Serien, Musik, Radio-Sendungen, Theaterstücken, Romanen und Comic-Büchern über das Frankestein-Thema findet sich auf wikipedia.org (vgl. http://en.wikipedia.org/wiki/Frankenstein_in_popular_culture [1.1.2012]).

124 | In sechs der elf Filme geht es um eine Hirntransplantation. Für eine Aufzählung der Filme vgl. Pernick 1999, S. 16.
125 | Zur Figur des »mad scientist« vgl. Haynes 1994; Sarasin 2003d sowie Benedict 2004. Zur Inszenierung des Arztes in Film und Fernsehen vgl. Seesslen 1997 sowie Turow 2010.
126 | Dialog aus: COMA (USA 1978, R: Michael Crichton).
127 | Vgl. Sarasin 2003d, S. 249ff.
128 | Für Großbritannien vgl. Richardson 2001, für die USA vgl. Sappol 2002.
129 | Zu den Morden von Burke und Hare vgl. Richardson 2001; Rosner 2009 sowie Bates 2010. Die Kurzgeschichte *The Body Snatcher* von Robert Luis Stevenson aus dem Jahr 1884 bezieht sich auf die Mordserie (vgl. Stevenson 1924). Von 1945 bis heute erschienen zahlreiche Filme über die Verbrechen von Burke und Hare.
130 | Vgl. Richardson 2001.
131 | Vgl. Stukenbrock 2001, S. 29.
132 | Die Historikerin Ruth Richardson macht darauf aufmerksam, dass diese Ängste im 19. Jahrhundert sehr berechtigt waren und auch im Zusammenhang mit der Organtransplantation eine rationale Basis hätten (vgl. Richardson 1996, vor allem S. 90f.). Wie ich im zweiten Kapitel gezeigt habe, manifestierten sich diese Ängste bereits in der kritischen Medienberichterstattung anlässlich des Skandals um die erste Herztransplantation 1969 in Zürich.
133 | Vgl. Bourke 2005, S. 318.
134 | Groebner 2010, S. 367.
135 | Vgl. Moulin 1995, S. 81f. »Medizin ohne Menschlichkeit« lautet der Titel eines Buches von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke über den Nürnberger Ärzteprozess von 1946/47 (vgl. Mitscherlich/Mielke 1993).
136 | Vgl. Bergmann 2004.
137 | Bergmann 2004, S. 24.
138 | Jütte 2004. Der Medizinhistoriker Robert Jütte bezeichnete Bergmanns Buch in einer Rezension in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung als »Gruselmärchen im wissenschaftlichen Gewande«, das kaum eine wahre oder erfundene Gruselgeschichte aus der Medizingeschichte auslasse.
139 | Zum phantasmatischen Rahmen als Stütze eines Diskurses vgl. etwa Hipfl 2008, S. 147 sowie Žižek 2005.
140 | Vgl. Krüger-Fürhoff 2008, S. 158f.
141 | Žižek 1997, S. 19f.
142 | Stehr 1998, S. 114ff.
143 | Non, les organes humains ne sont pas une marchandise comme une autre, in: Le Nouveau Quotidien, 22.8.1992.
144 | La Suisse, 3.3.1993, zit. in: Chenaux 2000, S. 56.
145 | Der Handel mit Spenderorganen von Kindern: Ein Schauermärchen, in: Re-naissance 15, Februar 1996, S. 13.
146 | Zur Rezeption des Films vgl. Von der Lühe 1990, S. 5ff.

147 | Müller-Nienstedt 1996, S. 220f. Vgl. auch den Bericht in der *Basler Zeitung*, der den Zug der Wandernieren und -lungen unter dem Motto Organhandel als besonders beeindruckend schildert: Bericht über Cortège, in: Basler Zeitung, 7.3.1995.
148 | »Eine Transplantation ist die letzte aller Möglichkeiten«, in: Der Bund, 31.8.1988.
149 | Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie, Transplantationskommission: Ethische Empfehlung betreffend Nierentransplantation in der Schweiz, in: SÄZ, 15.1.1992, S. 66f.
150 | Medienmitteilung: Swisstransplant, Nationaler Tag der Organspende und Transplantation, Genf 24.8.1995, Swisstransplant-Archiv. Die Charta, welche Swisstransplant am »Nationalen Tag Transplantation und Organspende« von 1994 Bundesrätin Dreifuss überreichte, enthielt die Forderung, deutlich und öffentlich jede Art von Organhandel auf der Welt zu verurteilen (vgl. Swisstransplant, Charta, Swisstransplant-Archiv).
151 | Vgl. Organverpflanzung: Das lange Warten auf einen Spender, in: Sandoz Gazette, März 1991, S. 6 sowie Organmangel – Schattenseite der Transplantation, in: Sandoz Bulletin 107, 1995, S. 20. Auch an Sandoz-Tagungen wurde das Thema diskutiert (vgl. SOS torture, Nr. 45-46, März/April 1994, S. 4f. sowie Present State and Future Needs of Organ Transplantation, Programm, SAMW-Archiv).
152 | Organtransplantation in Gefahr?, in: Re-naissance 9, Oktober 1993, S. 4.
153 | Vgl. z.B.: »Der Handel mit Organen wäre bei uns undenkbar«, in: St. Galler Tagblatt, 23.1.1989; Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie, Transplantationskommission, Ethische Empfehlung betreffend Nierentransplantation in der Schweiz, in: SÄZ, 15.1.1992, S. 66f.; Basel ein Zentrum für Herztransplantation?, in: Basler Zeitung, 13.1.1993 sowie Medienmitteilung: Swisstransplant, Nationaler Tag der Organspende und Transplantation, Genf 24.8.1995, Swisstransplant-Archiv.
154 | Thiel hat diesen Vorschlag nach eigener Aussage der ethischen Kommission der nephrologischen Gesellschaft unterbreitet. Vgl. Basel ein Zentrum für Herztransplantation?, in: Basler Zeitung, 13.1.1993.
155 | Diese Absicht äußerte Thiel an der Tagung der European Society for Organ Transplantation und der European Renal Association Ende 1990 in München. Vgl. Land/Dossetor 1991, S. 225.
156 | »Organtransplantationen dürfen nicht zu einem Geschäft werden«, in: Bündner Zeitung, 22.5.1993.
157 | Es mag gut sein, dass diese Deutung deshalb attraktiv war, weil sie es den Verantwortlichen erlaubte, die Gründe für ein subjektiv wahrgenommenes Misstrauen und eine sinkende Kooperationsbereitschaft außerhalb der Schweizer Transplantationsmedizin zu verorten – in Vorkommnissen und Geschichten, die mit der Realität der Organtransplantation in der Schweiz nichts zu tun hatten.
158 | Non, les organes humains ne sont pas une marchandise comme une autre, in: Le Nouveau Quotidien, 22.8.1992.
159 | Geschenktes Leben, in: Tele, 21.9.1996.
160 | Vgl. z.B.: Noch immer fehlt es vor allem an Spendern, in: Weltwoche, 8.9.1988; Organverpflanzung: Das lange Warten auf einen Spender, in: Sandoz Gazette, März

1991, S. 6; Osteuropäer bieten in der Schweiz menschliche Organe an, in: Der Bund, 25.5.1993; Organtransplantation in Gefahr?, in: Re-naissance 9, Oktober 1993, S. 4; Der Mangel an Organspenden bringt Menschenleben in Gefahr, in: Dreiland-Zeitung, 28.4.1994; »Der Verzicht auf Nierentransplantationen ist überhaupt keine Frage des Könnens«, in: Aargauer Tagblatt, 14.2.1995; »Von einem Leben zum anderen«, in: St. Galler Tagblatt, 7.9.1995; »Mir wurde ein zweites Leben geschenkt«, in: VSAO Bulletin 7, 1995; Tageskommentar, in: Basler Zeitung, 19.1.1996; Eine Niere – von Herz zu Herz, in: Der Schweizerische Beobachter, 30.8.1996; Schweizer spenden zuwenig Organe, in: Der Bund, 28.2.1998. Auch Felix Gutzwiller vermutete in seiner Studie über die Bereitschaft zur Organspende in der Schweiz für das Jahr 1994 einen solchen kausalen Zusammenhang: Die Tendenz zum leichten Abbau der Akzeptanz der Organtransplantation, so Gutzwiller, widerspiegle möglicherweise die teilweise kontrovers geführte Diskussion, die in letzter Zeit um Organhandel und Organspende, insbesondere im Zusammenhang mit Ländern aus dem ehemaligen Ostblock und der Dritten Welt, geführt worden sei (Gutzwiller 1995, S. 1434).

161 | Organtransplantation in Gefahr?, in: Re-naissance 9, Oktober 1993, S. 4.

162 | Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie, Transplantationskommission: Ethische Empfehlung betreffend Nierentransplantation in der Schweiz, in: SÄZ, 15.1.1992, S. 66f.

163 | Vgl. das Pressekommuniqué zur jährlichen Pressekonferenz vom 13.1.1994: Swisstransplant, Communiqué de presse, o.D., Swisstransplant-Archiv.

164 | Swisstransplant, Conférence de presse annuelle du 13. Janvier 1994, Introduction de Guy-Olivier Segond, La transplantation – un acte de solidarité et de citoyenneté, Swisstransplant-Archiv. Dieselben beschwörenden Sätze äußerte der Präsident auch anlässlich des »Nationalen Tages der Transplantation und Organspende« im August desselben Jahres (vgl. Guy-Olivier Segond, Organtransplantation als Akt der Solidarität und des nationalen Bürgerbewusstseins, in: Programmheft zum Nationalen Tag der Transplantation und Organspende 1994, Swisstransplant-Archiv. Derselbe Text erschien in: Re-naissance 12, Juni 1994, S. 3f.). Auch am zweiten nationalen Tag ein Jahr später war die Beteuerung, dass es in der Schweiz keinen Organhandel gebe, eine zentrale Botschaft der Medienkommunikation, was sich auch in der medialen Berichterstattung spiegelte (vgl. die Medienmitteilung: Swisstransplant, Nationaler Tag der Organspende und Transplantation, Genf 24.8.1995, Swisstransplant-Archiv). Das Symposium, das im Rahmen des »Nationalen Tages« in Bern stattfand, umfasste auch ein Referat zur Frage: »Ist Organhandel in der Schweiz möglich?«. Die Versicherungen, dass es in der Schweiz keinen Organhandel gebe, fanden in mehreren Zeitungsberichten Erwähnung (vgl. Organe weiterschenken, in: Regional Zeitung/Anzeiger von Uster, 8.9.1995; Es mangelt nach wie vor an Spedern, in: Der Zürcher Oberländer, 8.9.1995; »Eigentlich wäre ich ja schon dafür, aber...«, in: Aargauer Tagblatt, 9.9.1995; »Eigentlich wäre ich ja schon dafür, aber...«, in: Oltener Tagblatt, 9.9.1995). Die *Rheintalische Volkszeitung* titelte gar: »Kein Organhandel in der Schweiz« (Rheintalische Volkszeitung, 7.9.1995).

165 | Der entsprechende Bericht in der *Basler Zeitung* trug den Titel: »In der Schweiz wurde noch nie eine Niere gestohlen«. Vgl. Basler Zeitung, 20.9.1994.

166 | Das Verbot war Bestandteil des Bundesbeschlusses über die Kontrolle von Transplantaten vom 22. März 1996. Vgl. Gruberski 2011, S. 13f.

167 | »Die Spende von menschlichen Geweben soll gratis sein [...]«, heißt es in den Richtlinien von 1981 (SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, Basel 1989, S. 19). In der revidierten Fassung von 1995 steht: »Ein Organ darf keinesfalls für irgendwelche kommerziellen Zwecke verwendet werden« (SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation, in: SMW 126, 1996, S. 2098).

168 | Die Kantone Appenzell-Ausserrhoden, Basel-Land, Bern, Luzern, Obwalden, Solothurn, Tessin und Zürich. Vgl. Kottmann 2007, S. 29.

169 | Die Kantone Aargau, Freiburg, Genf, Neuenburg, Tessin und Wallis. Vgl. Kottmann 2007, S. 29.

170 | Vgl. »Der Handel mit Organen wäre bei uns undenkbar«, in: St. Galler Tagblatt, 23.1.1989; »Tausche Niere gegen Rebland«, in: Der Schweizerische Beobachter, 12.10.1990; »Organtransplantationen dürfen nicht zu einem Geschäft werden«, in: Bündner Zeitung, 22.5.1993; Organhandel: Schweiz alarmiert, in: Tages-Anzeiger, 7.12.1993; Organhandel, in: Cash, 17.12.1993; Wo spenden fehlen, tut sich ein Markt auf, in: Der Bund, 5.9.1994; »Biete Niere gegen Geld«, in: St. Galler Tagblatt, 23.9.1994 sowie Organhandel und Organentnahmen, in: Sonntags-Zeitung, 19.3.1995.

171 | Philippe Morel zit. in: Keine Chance für den Organhandel, in: Der Bund, 5.4.1995.

172 | Neben den im Folgenden zitierten Beispielen vgl. auch Zweifelsfreie Herkunft garantiert, in: Sandoz Gazette, September 1993, S. 3; Swisstransplant, Conférence de presse annuelle du 13. Janvier 1994, Introduction de Guy-Olivier Segond, La transplantation – un acte de solidarité et de citoyenneté, Swisstransplant-Archiv; Organhandel?!, in: Basler Zeitung, 15.4.1994 sowie Schlumpf u.a. 1996, S. 409.

173 | Auch die ausländischen Organisationen, mit denen Swisstransplant Organe tausche, so Largiadèr, befolgten den gleichen Standard und die gleichen Regeln. Deshalb bestehe keine Gefahr, dass wegen des Organmangels Nieren unlauterer Herkunft »bei uns« transplantiert würden. Vgl. Nierentransplantation im Zeichen des Organmangels, in: NZZ, 2.10.1995.

174 | Vgl. die Medienmitteilung: Swisstransplant, Nationaler Tag der Organspende und Transplantation, Genf 24.8.1995, Swisstransplant-Archiv.

175 | Guy-Olivier Segond, Organtransplantation als Akt der Solidarität und des nationalen Bürgerbewusstseins, in: Programmheft zum Nationalen Tag der Transplantation und Organspende 1994, Swisstransplant-Archiv. Derselbe Text erschien in: Re-naissance 12, Juni 1994, S. 3f.

176 | »Si la Fondation Swisstransplant a mis sur pied une procédure médico-administrative aussi rigoureuse, [...] c'est précisément pour empêcher la possibilité d'un quelconque commerce d'organes.« Swisstransplant, Conférence de presse annuelle du

13. Janvier 1994, Introduction de Guy-Olivier Segond, La transplantation – un acte de solidarité et de citoyenneté, Swisstransplant-Archiv.
177 | Diesen Bedeutungswandel schilderte der österreichische Transplantationschirurg Rudolf Pichlmayr 1990 in einem Interview wie folgt: »Was ursprünglich dafür geplant war, die Verträglichkeit der Organe zu sichern, das möglichst gute Zusammenpassen von Spender und Empfänger, ist nun auch eine hervorragende Kontrolle für uns selbst.« Zit. in: Feuerstein 1996, S. 103.
178 | Organmangel – Schattenseite der Transplantation, in: Sandoz Bulletin 107, 1995, S. 20.
179 | Swisstransplant, Brief »Verzicht auf den Austausch von Nieren herztoter Spender« vom 17.11.1993, Swisstransplant-Archiv.
180 | Osteuropäer bieten in der Schweiz menschliche Organe an, in: Der Bund, 25.5.1993.
181 | Protokoll der STAN-Vorstandssitzung vom 15. November 1995 in Bern, Swisstransplant-Archiv, S. 3.
182 | Swisstranspant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats vom 12. Juni 1991, Bern 12.7.1991, Swisstransplant-Archiv, S. 7f. Vgl. auch: Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern vom 12. Juni 1990, Swisstransplant-Archiv, S. 2.
183 | Vgl. Swisstransplant, Procès verbal du conseil de fondation, Séance du 2. juin 1995, Swisstransplant-Archiv, S. 4f. sowie Swisstransplant, Procès verbal de la réunion du STAN, 17 juin 1994, Swisstransplant-Archiv, S. 5.
184 | Brief des Kantonsspitals Basel an den Präsidenten der Zentralen Ethischen Kommission der SAMW, Basel 6.12.1994, SAMW-Archiv.
185 | Brief vom 15.7.1994, Swisstransplant-Archiv.
186 | Organhandel: Bald auch in der Schweiz?, in: Blick, 5.4.1995.
187 | Vgl. Organhandel: Bald auch in der Schweiz?, in: Blick, 5.4.1995.
188 | Groebner 2010, S. 356.
189 | Heinen 2010, S. 432.
190 | Zur Debatte um ökonomische Anreize zur Organspende vgl. Schneider 2003; Schlich 1998, S. 54; Joralemon 1995 sowie Waldby/Mitchell 2006, S. 161ff.
191 | Vgl. Foppa 1992.
192 | Vgl. Frey 1994.
193 | Vgl. den Aufsatz »Organspende und Organhandel im freiheitlichen Rechtsstaat« von Hartmut Kliemt in der NZZ, 30.7.1994 sowie die Aussagen von Thiel in: Zum Spenden geeignet, in: Coop-Zeitung, 9.2.1995 sowie »Wer kein Organ spenden will, erhält auch keines«, in: Re-naissance 17, Juli 1996, S. 24f.
194 | Zum Spenden geeignet, in: Coop-Zeitung, 9.2.1995.
195 | Vgl. Thiel 1997; Organspender als Organempfänger bevorzugen, in: Basler Zeitung, 24.10.2000; Was hat die Ökonomik mit Organspenden zu tun?, in: NZZ, 31.3.2001; Blankart/Kirchner/Thiel 2002; Wer ein Organ spendet, soll auch eines erhalten, in: NZZ, 3.11.2002 sowie Dein ist mein ganzes Herz, in: Weltwoche, 8.5.2003. Vgl. auch den

Beitrag »Stärkung der Motivation zur Organspende« des italienischen Rechtsphilosophen Paolo Becchi in der NZZ, 10.3.2003.

196 | Vgl. Blankart/Kirchner/Thiel 2002, S. 8ff. sowie den NZZ-Artikel von Blankart und Thiel mit dem Titel »Was hat Ökonomie mit Organspenden zu tun?«, in: NZZ, 31.3.2001.

197 | Bekommen Reiche schneller eine neue Niere?, in: Der Schweizerische Beobachter, 30.8.1996.

198 | Wo spenden fehlen, tut sich ein Markt auf, in: Der Bund, 5.9.1994.

199 | Braucht die Medizin den »Biosozialismus«?, in: NZZ, 30.6.2001. Vgl. auch Vorteile für Spender bei der Organzuteilung?, in: NZZ, 11.7.2000.

200 | Vgl. Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz), 12.9.2001, S. 80. Vgl. auch das Gutachten zur Berücksichtigung der Spendewilligkeit von Guillod/Steffen, o.D., sowie das moralphilosophische Gutachten von Sitter-Liver 2003.

201 | Den entsprechenden Antrag von Thomas Pfisterer (FDP) lehnte der Ständerat mit 23 zu acht Stimmen ab. Vgl. Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 2004, Sommersession Ständerat, Sitzung 2, 2.6.2004, S. 193ff.

202 | Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 2004, Sommersession Ständerat, Sitzung 2, 2.6.2004, S. 194.

203 | Vgl. etwa Frey 1994, S. 38f., 45f. u. 52.

204 | Vgl. Frey 1994, S. 33ff.

205 | Blankart/Kirchner/Thiel 2002, S. 24 und 40.

206 | Wo spenden fehlen, tut sich ein Markt auf, in: Der Bund, 5.9.1994. Ähnlich argumentierte Rolf Schlumpf, Leitender Arzt im Departement Chirurgie des Universitätsspitals Zürich, 1996 in einem Interview über Organhandel: Die Spendebereitschaft solle grundsätzlich zunehmen, dann würde kein Mensch mehr in Versuchung kommen, als Organtourist nach Indien zu reisen (Bekommen Reiche schneller eine neue Niere?, in: Der Schweizerische Beobachter, 30.8.1996). Als Beispiele für diese Argumentationsweise vgl. auch: Verkaufen Sie Ihre Niere, das ist leichter als ein Bankraub, in: Weltwoche, 6.7.1989; Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie, Transplantationskommission: Ethische Empfehlung betreffend Nierentransplantation in der Schweiz, in: SÄZ, 15.1.1992, S. 66f.; Zweifelsfreie Herkunft garantiert, in: Sandoz Gazette, September 1993, S. 3; Organtransplantation in Gefahr?, in: Re-naissance 9, Oktober 1993, S. 4; Organhandel und Organentnahmen, in: Sonntags-Zeitung, 19.3.1995; Hemmnisse auf dem Weg der Organspende, in: Re-naissance 15, Februar 1996, S. 3; Organknappheit bringt Kostenexplosion und »Organtourismus«, in: Basler Zeitung, 6.8.1996.

207 | Brief des Sekretärs der Geschäftsleitung von Sandoz International AG, Basel 30.6.1995, SAMW-Archiv.

208 | Organtransplantationen – die menschliche Dimension, in: NZZ, 9.4.1992.

209 | Keine Chance für den Organhandel, in: Der Bund, 5.4.1995. Auch an der Pressekonferenz von 1996 wies Swisstransplant auf den Zusammenhang zwischen Organmangel und Organhandel hin (Swisstransplant, Pressekonferenz vom 18. Januar 1996

im Universitätsspital Zürich, Referat von Prof. Dr. Felix Largiadèr, Zürich, Januar 1996, Swisstransplant-Archiv).

210 | Thiel 1999, S. 48.

211 | Organhandel, in: Cash, 17.12.1993. Auch die Sonntags-Zeitung zweifelte 1995 die Wirksamkeit von Organhandelsverboten an: »Wie wirkungsvoll solche Gesetze sind, bleibt allerdings fraglich. Solange Menschen fürchten müssen zu sterben, wenn Spender-Organe fehlen, wird es auch einen Schwarzmarkt für Organe geben.« (Organhandel und Organentnahmen, in: Sonntags-Zeitung, 19.3.1995).

212 | Organtransplantation in Gefahr?, in: Re-naissance 9, Oktober 1993, S. 4.

213 | Stück für Stück den Körper zu Markte tragen, in: Wochenzeitung, 5.8.1988. Vgl. auch den ähnlich argumentierenden Artikel »Der Mensch – eine Ware?«, der 1990 in der Zeitschrift *Krankenpflege* erschien (Krankenpflege, September 1990, S. 14ff., vor allem S. 17).

214 | Tod durch Explantation, in: Wochenzeitung, 19.7.1996.

215 | Organhandel und Organentnahmen, in: Sonntags-Zeitung, 19.3.1995.

216 | Leserbrief, in: St. Galler Tagblatt, 14.9.1995.

217 | Vgl. Foucault 2002, S. 177f.

218 | Ersatzteillager, in: Der öffentliche Dienst VPOD, 29.9.1989.

219 | Von der Spende zur Bringschuld, in: Wochenzeitung, 6.8.1998.

220 | Müller-Nienstedt 2000, S. 126f.

221 | Müller-Nienstedt 2000, S. 128.

222 | Die Sprüche sind zitiert in: Müller-Nienstedt 1996, S. 221.

223 | »Verdammt und zugenäht. Über den mafiosen Organhandel. Stirbst du im Verkehr und das Herz bleibt heil, dann findet das der Chefarzt geil.«

224 | »Tiefgekühlt, aufgewärmt, blutig, hart – es gibt Leberchen nach Mafia-Art. Ob Hirn- ob Herztod, fett oder mager, als Leiche bist du das schönste Ersatzteillager.«

225 | »Ein guter Rat, wenn du nie stiften willst, musst du die Leber vorher vergiften – Prost.«

226 | Vgl. z.B. einen Artikel im *St. Galler Tagblatt*, der ausgehend von einem Organverkaufs-Inserat in Italien die rechtlichen Rahmenbedingungen in der Schweiz erörtert (»Der Handel mit Organen wäre bei uns undenkbar«, in: St. Galler Tagblatt, 23.1.1989).

227 | »Tausche Niere gegen Rebland«, in: Der Schweizerische Beobachter, 12.10.1990.

228 | Wer sich nicht wehrt, wird »Organspender«, in: Tages-Anzeiger, 5.4.1995. Als ähnliches Beispiel mit Schwergewicht auf die Spitäler im Kanton Thurgau vgl. Organentnahme im Thurgau: Keine Willkür, in: Thurgauer Zeitung, 15.3.1995.

229 | Organhandel und Organentnahmen, in: Sonntags-Zeitung, 19.3.1995.

230 | Vgl. Organhandel und Organentnahmen, in: Weltwoche, 19.3.1995 sowie Recht auf Leben und einen würdigen Tod, in: Tages-Anzeiger, 25.1.1999.

231 | Vgl. Wer sich nicht wehrt, wird »Organspender«, in: Tages-Anzeiger, 5.4.1995 sowie Unerlaubte Organentnahme, in: NZZ, 6.4.1995. Zum Prozess vgl. Grenzen ärztlicher Eigenmacht, in: NZZ, 24.4.1996; Busse für Augenarzt bestätigt, in: Tages-Anzeiger, 4.1.1997 sowie Wer darf über eine Leiche verfügen?, in: NZZ, 5.3.1997. Bei der Entnah-

me von Hornhäuten bei Verstorbenen ohne Einwilligung von Spender oder Angehörigen handelte es sich um eine weit verbreitete Praxis, die lange zu keinerlei Beunruhigung Anlass gab. Eine Anzeige war nur erfolgt, weil die Entnahme durch einen in einer Privatklinik tätigen Arzt ohne Erlaubnis des Universitätsspitals vorgenommen wurde.
232 | Vgl. Wer sich nicht wehrt, wird »Organspender«, in: Tages-Anzeiger, 5.4.1995; Neinsagen muss möglich sein, in: Tages-Anzeiger, 6.4.1995 sowie Leserbriefe, in: Tages-Anzeiger, 13.4.1995. Dieser Vorfall wurde auch im Schweizer Fernsehen prominent thematisiert (vgl. die Sendung Rundschau des Schweizer Fernsehens vom 12.4.1995). Bevor er von den Medien aufgenommen wurde, fungierte er als Beispiel in einer Anfrage im Kantonsrat betreffend Organentnahmen, Organimporte und Organtransplantationen im Kanton Zürich (vgl. Anfrage von Béatrice La Roche-Kronauer und Thomas Huonker „Organentnahmen, Organimporte und Organtransplantationen im Kanton Zürich« vom 27.3.1995, KR-Nr. 92/1995).
233 | Neinsagen muss möglich sein, in: Tages-Anzeiger, 6.4.1995 sowie Leserbriefe, in: Tages-Anzeiger, 13.4.1995.
234 | Wer sich nicht wehrt, wird »Organspender«, in: Tages-Anzeiger, 5.4.1995 sowie Organspende: Ball beim Regierungsrat, in: Tages-Anzeiger, 16.5.1995.
235 | Leserbriefe, in: Tages-Anzeiger, 13.4.1995 sowie Leserbriefe, in: Tages-Anzeiger, 26.4.1995.
236 | Beide Fälle fanden denn auch nicht aus Aktualitätsgründen mediale Berücksichtigung. Sowohl die Anzeige gegen den Augenarzt wie die heimliche Nierenentnahme waren bereits im Vorjahr erfolgt. Konkreter Anlass war vielmehr eine Medienorientierung von Swisstransplant, an der die Problematik der Organmangels und des Organhandels im Vordergrund standen.
237 | Moulin 1995, S. 76f. Ähnliches konstatierte 1995 auch der deutsche Arzt Walter Land (vgl. Land 1995, S. 61 u. 89).
238 | Moulin 1995, S. 80f. u. 87.
239 | Vgl. z.B. die Fotografien und Illustrationen in: Verkaufen Sie Ihre Niere, das ist leichter als ein Bankraub, in: Weltwoche, 6.7.1989 sowie Un trafic d'organes, spécialement de reins, fait scandale en Inde, in: Tribune de Genève, 4.3.1995.
240 | Fragepflicht verletzt, in: Tages-Anzeiger, Tages-Anzeiger, 6.4.1995.
241 | Keine Nieren für Asybewerber, in: Tages-Anzeiger, 2./3.9.1995.
242 | Selbstbestimmung über den Tod hinaus, in: Weltwoche, 14.12.1995.
243 | Zur politischen Karikatur als historische Quelle vgl. Gombrich 1984 sowie Knieper 2002.
244 | Moulin 1995, S. 95.
245 | Proposition d'un programme national de communication: ›don d'organes‹, September 1993, Swisstransplant-Archiv, S. 6.
246 | Nierentransplantation im Zeichen des Organmangels, in: NZZ, 2.10.1995.
247 | Die Problematisierung in der Schweiz Mitte der 1990er Jahre wurde wohl durch die Debatte im Vorfeld des 1997 erlassenen Transplantationsgesetzes in Deutschland angeregt. Im Forum der Basler Zeitung behauptete der Arzt Lorenz Kobler 1994:

»›Hirntot‹ ist nicht wirklich tot«, in: Basler Zeitung, 19.8.1994 (vgl. auch: Die Achtung vor dem Sterbenden, in: Basler Zeitung, 30.11.1994). Und mehrere Zeitungen titelten: »Wann ist der Mensch wirklich tot?« (Luzerner Zeitung, 11.9.1995; Aargauer Tagblatt, 9.9.1995 sowie Oltener Tagblatt, 9.9.1995); die *Wochenzeitung* titelte: »Tod durch Explantation« (Wochenzeitung, 19.7.1996). Auch Politikerinnen wie die SP-Nationalrätin Margrith von Felten (»Strenggenommen ist der Mensch erst tot, wenn sämtliche Körperfunktionen ausgefallen sind«; Organhandel und Organentnahmen, in: Sonntags-Zeitung, 19.3.1995) und die grüne Nationalrätin und Ärztin Ruth Gonseth (Tod durch Explantation, in: Wochenzeitung, 19.7.1996) zweifelten das Hirntod-Konzept an. Nach der Publikation der SAMW-Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen 1996 kam es zu einer kontroversen Debatte in der *Schweizerischen Ärztezeitung*. Der Bioethiker Yves Nordmann fragte: »Will die SAMW Organentnahmen bei Sterbenden zulassen?« und Dr. med. Tönet Töndury bestritt, dass eine klare Grenzziehung zwischen Leben, Sterben und Tod möglich sei (vgl. Nordmann 1997 und Töndury 1997. Vgl. auch den Artikel von Nordmann in der Weltwoche, 4.2.1999). Unterschiedliche Positionen von Ärzten und Theologen bzw. Ethikern finden sich im Sammelband *Tod, Hirntod, Organentnahme*, der Vorträge eines Symposiums von 1997 vereint (vgl. Largiadèr/Candinas/Honsell 1999).

248 | Hans-Peter Schreiber gegenüber der Schweizer Familie. Zurück von den Toten, in: Schweizer Familie 44, 1995, S. 28.

249 | Das Magazin *Schweizer Familie* berichtete etwa unter dem Titel »Zurück von den Toten« ausführlich von einem Holländer, der aus dem Koma erwachte, nachdem er bereits als Organspender vorgesehen war (Schweizer Familie 44, 1995, S. 25-28). Zur Angst vor dem Scheintod im 18. und 19. Jahrhundert und dessen literarischer Verarbeitung vgl. Koch 1990; Brink 2001, Rüve 2008 sowie Bourke 2005, S. 33ff.

250 | Ohne Geld keine Information, in: Re-naissance 18, Oktober 1996, S. 3.

251 | Grete 1997, S. 1222.

252 | Vgl. Hemmnisse auf dem Weg der Organspende, in: Re-naissance 15, Februar 1995, S. 3.

253 | Vgl. z.B. Keine Chance für den Organhandel, in: Der Bund, 5.4.1995.

254 | Vgl. Wer sich nicht wehrt, wird »Organspender«, in: Tages-Anzeiger, 5.4.1995.

255 | Vgl. Organhandel: Bald auch in der Schweiz?, in: Blick, 5.4.1995.

256 | Brief von A. Frutiger, Rätisches Kantons- und Regionalspital Chur an SAMW, Chur 9.8.1995, SAMW-Archiv.

257 | Tagungs-Bericht: Organ Shortage: Marginal, Non-Heart-Beating ans Living Donors as Potential Alternatives, 20.11.1999, SAMW-Archiv, S. 2. Die Mehrheit der ärztlichen Akteure hielt allerdings an der Notwendigkeit von Aufklärung fest. Gerade angesichts der vielen Vorurteile und Horrorgeschichten gelte es mit noch mehr Informationsarbeit Gegensteuer zu geben (vgl. etwa Ohne Geld keine Information, in: Re-naissance 18, Oktober 1996, S. 3; Grete 1997, S. 1222 sowie Candinas 1997, S. 1223).

258 | Zur Vorstellung einer verantwortungsvollen Medienarbeit aus der Sicht der Transplantationsmedizin vgl. Mosimann 1987, S. 421 sowie Hemmnisse auf dem Weg der Organspende, in: Re-naissance 15, Februar 1996, S. 3.
259 | Zweifelsfreie Herkunft garantiert, in: Sandoz Gazette, September 1993, S. 3.
260 | Auch Gilbert Thiel vom Kantonsspital Basel sah die Schuld für das Spender-Tief in erster Linie bei den Medien, wie er im Januar 1996 gegenüber der Basler Zeitung erklärte. Die Medien hätten mit negativen Schlagzeilen über Organhandel und Organraub die Transplantation in Misskredit gebracht. Vgl. Tausend Nieren sind immer noch zu wenig, in: Basler Zeitung, 30.1.1996.
261 | Kritik an den Medien wurde laut an der Schweizerischen Tagung der Transplantation in Beatenberg im Januar 1995 (vgl. Wege zur Förderung der Organspende, in: Sandoz Gazette, März 1995, S. 5 und Wege zur Förderung der Organspende, in: Re-naissance 14, Oktober 1995, S. 27), an einer Podiumsdiskussion anlässlich der Premiere eines Films über eine Lebertransplantation im Mai 1995 in Zürich (vgl. Neue Lunge – neues Leben, in: Re-naissance 14, Oktober 1995, S. 23) sowie an einer Informationsveranstaltung im Rahmen des Nationalen Tages der Transplantation und Organspende im September 1995 im Universitätsspital Zürich (vgl. Mit dem fremden Organ zufrieden, in: Tages-Anzeiger, 11.9.1995).
262 | Hemmnisse auf dem Weg der Organspende, in: Re-naissance 15, Februar 1996, S. 3.
263 | Herz aus fremden Leib, in: NZZ Folio, Februar 1997.
264 | Vgl. Neue Lunge – neues Leben, in: Re-naissance 14, Oktober 1995, S. 23.
265 | Vgl. Shorter 1993, S. 796; Romano 2008, S. 18ff. sowie Schäfer 2008, S. 208.

6. Schlusswort: Ein Gesetz als Antwort auf die Krise

Ich habe in diesem Buch die Geschichte der Organspende in der Schweiz untersucht. Ich habe gezeigt, wie sich die Regeln des Sprechens über die Organspende und die Regeln ihrer Praxis, wie sich der Bereich des Sagbaren, Denkbaren und Machbaren seit den 1960er bis in die 1990er Jahre herausbildeten. Im Folgenden möchte ich wichtige Thesen und Ergebnisse dieser Untersuchung resümieren. Dabei soll die für dieses Buch zentrale Frage nochmals zusammenfassend beantwortet werden: Wie kam es zur kulturellen Krise der Organspende in den 1990er Jahren und zur Ambivalenz im Sprechen über die Organspende? Anschließend komme ich auf das 2004 verabschiedete nationale Transplantationsgesetz zu sprechen. Die nationale Gesetzgebung bildet das vorläufige rechtlich-politische Resultat der in diesem Buch untersuchten Entwicklungen und ist nur vor dem Hintergrund der in diesem Buch getätigten Analyse verständlich. An ihr lassen sich die Ergebnisse der Arbeit nochmals nachvollziehen. Deshalb werde ich die Entstehung und Bedeutung der Gesetzgebung betrachten. Zuletzt werde ich Stellung nehmen zu den in der Forschungsliteratur verbreiteten Thesen einer zunehmenden Unterwerfung, Verdinglichung und Kommerzialisierung des menschlichen Körpers in der Transplantationsmedizin, die ich in der Einleitung vorgestellt habe.

In der Technik angelegte Ambivalenzen

Eines hat diese Arbeit deutlich gemacht: Die Geschichte der Organspende und des Sprechens über sie ist eine Geschichte von Ambivalenzen und Paradoxien. Angelegt ist diese Widersprüchlichkeit in der Technik der Organtransplantation, welche die Grenzen der klassischen medizinischen Logik zu sprengen droht: Um das große Versprechen der modernen Medizin einzulösen, Leben zu retten und die Körper wiederherzustellen, ist sie auf den Tod und die körperliche Desintegration angewiesen. Das Interesse des Empfängers, sein Leben zu verlängern oder qualitativ zu verbessern, steht dem Interesse des Spen-

ders entgegen, die Unversehrtheit seines Körpers (auch über den Tod hinaus) zu bewahren.

Die Abhängigkeit von lebendigen Organen impliziert auch für die medizinische Praxis der Organspende eine paradoxe Ausgangslage: Der Spender muss als Person zwar tot, sein Körper aber zwingend noch lebendig sein. Die Organentnahme bei hirntoten Spendern brachte eine neue Weise des Sterbens im Krankenhaus mit sich und verlangte neue Umgangsformen mit sterbenden und toten Patientenkörpern, die mit kulturell eingeübten Sterberitualen und gewohnten Kategorien der medizinischen Pflege brachen. Im Prozess der Organspende prallten unvereinbare Vorstellungen und Konzepte von Körper und Sterben aufeinander, die kaum konfliktlos zu vermitteln waren. Es gelang deshalb den an der Organspende Beteiligten nur bedingt, das Erlebte bruchlos zu symbolisieren und mit Sinn zu versehen. Davon zeugen ihre Berichte, die das Erlebte als emotional irritierend und traumatisch schilderten oder die Schwierigkeit thematisierten, das Erlebte in Worte zu fassen.

Die Geschichte der Organspende, das haben meine Untersuchungen verdeutlicht, war eine Geschichte der kontinuierlichen Bemühungen um ihre Legitimierung. Ich habe dargestellt, wie in der Praxis der Organspende Rede- und Handlungsregeln etabliert wurden, um emotionale Irritationen zu minimieren. Die sich herausbildenden Diskurse der Organspende hatten die Funktion, die Spannungen und Konflikte aufzulösen oder zumindest abzuschwächen, Widersprüche und Unsicherheiten in Ordnung und Sicherheit umzuwandeln. Die Versuche, den Prozess der Organspende – die Transformation eines menschlichen Körpers bzw. seiner Teile in medizinische Ressourcen – zu symbolisieren und damit zu deuten und mit Sinn zu versehen, fielen unterschiedlich aus.

Ich habe drei Diskurse über die Organspende unterschieden, die sich mitunter ergänzten und stützten aber auch konterkarierten: ein medizinischer, ein ökonomischer und ein moralischer Diskurs. Im medizinischen Diskurs wurde die Verwertung des Körpers einerseits mit dem Hirntod-Konzept und damit mit einem dualistischen Menschenbild und andererseits mit der Pflege des Empfängers legitimiert. Ein ökonomischer Diskurs, der die Organe als knappe Ressourcen und tauschbare Güter konzeptualisierte, entwickelte sich vor allem im Sprechen über den Organmangel und in der Praxis des Organaustauschs zwischen den Krankenhäusern.

Massenmedial bedeutender war aber der moralische Diskurs: Die Werbekampagnen der Transplantationsmedizin und ihrer Verbündeten inszenierten die Organspende als altruistisches »Geschenk des Lebens«. Der Tod des Spenders wurde dabei von einer utopischen Welt wiederhergestellter Empfängerkörper verdeckt, oder aber zu einem heldenhaften Akt der Nächstenliebe zugunsten des Empfängers stilisiert. Diese Konstruktion der »guten Organspende« setzte sich zwar in den Massenmedien weitgehend durch. Trotzdem gelang es nie, den moralischen Diskurs über die Organspende zu stabilisieren;

an seinen Rändern, an seinen Bruchstellen wucherten Bilder und Geschichten, die die Organspende mit Gewalt, Ausbeutung und medizinischer Hybris assoziierten.

Wie kam es zur semantischen Krise der Organspende? Eine historische Erklärung, so habe ich argumentiert, muss die Wirkmächtigkeit von Narrativen über Organhandel und Organraub miteinbeziehen, die mit der Realität der transplantationsmedizinischen Praxis in der Schweiz nur indirekt etwas zu tun hatten. Weshalb waren diese Geschichten so erfolgreich? Ich habe zwei Erklärungen vorgeschlagen, eine aus psychoanalytischer und eine aus diskursgeschichtlicher Perspektive. Anhand inner-medizinischer, medialer und politischer Quellen konnte ich zudem aufzeigen, dass die fiktiven Geschichten über Organhandel und Organraub sehr reale Auswirkungen hatten: Sie erzeugten eine semantische Verunreinigung des Begriffs »Organspende« und trugen bei zum großen Transparenz- und Rechtfertigungsdruck, dem die Transplantationsmedizin spätestens ab den 1990er Jahren und bis heute unterliegt. Darüber hinaus war es nicht zuletzt die große mediale Präsenz von Organhandel und Organraub, die in den 1990er Jahren die Aufmerksamkeit auf den ungeschützten toten Körper und die unsichere Rechtslage bei der Organentnahme – und damit auf die Notwendigkeit einer einheitlichen und strengeren Gesetzgebung lenkte.

Der tote Körper als wertvolles Eigentum

Bevor ich auf die rechtliche Regelung der Organspende eingehe, möchte ich einige Überlegungen zum Leben, zum Tod und zum Körper im Zeitalter der Biomedizin darlegen, die eine abschließende Beurteilung der Ambivalenz im Sprechen über die Organspende erlauben. Der Ausgangspunkt bildet eine Aussage in einem Leserbrief von 1995:

> »Es stösst mir absolut sauer auf, wie der abgelebte Mensch um seine Körperteile gebracht wird! Ich bin doch kein Allgemeingut, welches dazu verpflichtet ist, den Überlebenden mit meinen Körperteilen weiterzuhelfen! Es ist schier unglaublich, wie egoistisch und gierig sich die Gesellschaft und die Medizin über mein Eigentum, meinen Körper, mit welchem ich geboren wurde und welcher anstandslos und fraglos mir gehört, hermacht!«[1]

Dieser Leserbrief war eine Reaktion auf Zeitungsberichte über dubiose Arten der Organbeschaffung. Die Ablehnung gegen die Organspende begründet der Autor in emphatischer Weise durch die Vorstellung des Körpers als wertvolles, unveräußerliches Eigentum. Doch weshalb erscheint der Körper auch nach dem eigenen Tode, der ja Voraussetzung der Organspende ist, als wertvoll?

Wie ist diese Sorge um den toten Körper in Anbetracht einer Säkularisierung der Todesvorstellungen zu erklären?

Die Philosophin Petra Gehring sieht im Umstand, dass die Menschen offenbar auf ihren eigenen toten Körper größten Wert legen, eine »Resonanz auf den allgemeinen Nutzen von ›Leben‹«. Im Zeitalter der Biomedizin, in dem der tote Körper etwa als medizinischer Rohstoff für die Lebenden wertvoll geworden sei, trage auch der Leichnam »Werte« des Lebens in sich, die man fortschreiben und behalten wolle. Der tote Körper werde somit zu einer »Projektion von Identität«.[2] Ähnlich sieht der Soziologe Hubert Knoblauch die Vorbehalte gegen eine medizinische Nutzung des Leichnams in einem über den Tod hinaus andauernden Körperkult begründet: Da der Körper zu einem gestaltbaren und identitätsstiftenden Projekt geworden sei, falle es schwer, ihn auszuliefern und aufschneiden zu lassen.[3]

Vor Hintergrund dieser Überlegungen verweist die im zitierten Leserbrief thematisierte Sorge um den eigenen toten Körper auf eine fundamentale Paradoxie: Das Unbehagen über und der Widerstand gegen die Organspende beruhen auf demselben modernen, materialistischen Körper-Verständnis, mit dem die Organspende moralisch legitimiert wird (wenn wir von den in den Quellen nur selten auftauchenden religiösen Argumenten einmal absehen). Die Konzeption des Körpers als unser wertvolles Eigentum und die Maxime, das leibliche Leben zu schützen, zu steigern und zu verlängern, begründen sowohl die »natürliche« Unveräußerlichkeit des eigenen Körpers wie auch seine Wiederherstellung und Rettung durch die Transplantation. Die Widerstand leistenden Kräfte – so lässt sich in Anlehnung an eine Aussage Michel Foucaults bilanzieren[4] – beriefen sich genau auf das, was durch die Befürworter der Organspende in Amt und Würden eingesetzt wurde: den ultimativen Wert des leiblichen Lebens.

Zwei phantasmatische Szenarien

Dem Leben selbst, so bemerkte Nikolas Rose, werde gegenwärtig eine solche ethische Relevanz zugesprochen, dass die Technologien, es zu erhalten und zu verbessern, mit Hoffnungen und Erwartungen, aber auch Ängsten und Befürchtungen aller Art aufgeladen seien.[5] Dies trifft, wie ich gezeigt habe, auch für die Transplantationsmedizin zu. Das Sprechen über die Organspende war von zwei gegensätzlichen phantasmatischen Szenarien strukturiert, die jeweils einer Seite eines ambivalenten Traums der Moderne entsprachen: Des Traums eines technisch beherrsch- und verlängerbaren Lebens, der sowohl von Faszination als auch von Unsicherheiten begleitet war. Das erste phantasmatische Szenario ist auf die Figur des Empfängers bezogen und kreist um Vorstellungen von körperlicher Regeneration, Auferstehung und Unsterblichkeit. Es strukturierte den Diskurs der »guten« Organspende, wie er in den

Informationskampagnen verbreitet wurde. Das zweite Szenario, das auf die Figur des Spenders gerichtet ist und sich am deutlichsten in den Organhandelsgeschichten manifestierte, handelt von der gewaltsamen Ausbeutung, Verstümmelung und Verwertung des Körpers und vom Tod.

Beide Szenarien sind mit einem bestimmten Bild der Medizin verbunden: Im ersten stellt sie sich als utopische Macht dar, die den Tod besiegen und das Leben herstellen kann. Der Arzt übernimmt die Rolle des säkularisierten Gottes. Im zweiten Szenario wird dieses Bild in der Wertung umgedreht: Die Macht der Medizin über Leben und Tod erscheint als unheimlich und gefährlich; der Arzt wird in seiner Anmaßung, Gott zu spielen, zum bedrohlichen Mad Scientist. Dr. Brinkmann aus der SCHWARZWALDKLINIK und Dr. Harris aus COMA verkörpern diese entgegengesetzten und doch aufeinander bezogenen Imaginationen idealtypisch. Wie schnell das erste, fortschrittsoptimistische und wissenschaftsgläubige Szenario in das zweite, medizinkritische Szenario kippen und die Euphorie in Skepsis umschlagen konnte, verdeutlichte bereits die Debatte um die erste Herztransplantation von 1969.

Der Wunsch nach Rechtssicherheit

Die historische Analyse hat gezeigt, dass in den diskursiven Aushandlungsprozessen und Deutungskämpfen um die Organspende kein Gleichgewicht gefunden, keine Stabilität hergestellt werden konnte. Zu Beginn der 1990er Jahre mehrte sich der Ruf nach einer neuen und einheitlichen rechtlichen Regelung der Transplantationsmedizin in der Schweiz. »Der Druck auf die Politik wächst, jetzt gesamtschweizerisch eine Regelung für Transplantation und ein striktes Verbot für den Organhandel zu schaffen«, stellte die Zeitung *Der Bund* im September 1994 fest.[6] Verschiedene Vorstöße in nationalen und kantonalen Parlamenten ebenso wie die Sanitätsdirektorenkonferenz kritisierten die herrschende Rechtsunsicherheit.[7] Das semantische Feld der Transplantationsmedizin wurde derart neuralgisch, das Unbehagen über die Organspende derart drängend, dass ein Festhalten am Status Quo für fast alle beteiligten Akteure keine denk- und wünschbare Option darstellte.

Hatte die Regierung noch anlässlich von parlamentarischen Vorstößen 1984[8] und 1990[9] keinen zwingenden Handlungsbedarf gesehen, so versprach der Bundesrat 1994 in seiner Antwort auf die Motionen Onken und Huber, den Gesetzgebungsprozess einzuleiten.[10] 1995 veröffentlichte die SAMW revidierte medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation – gerade rechtzeitig, wie die Verantwortlichen betonten, um mit einer Stellungnahme auf den parlamentarischen Gesetzgebungsprozess einwirken zu können.[11] Als Grundlage für ein bundesrechtliches Transplantationsgesetz wurde 1999 ein Verfassungsartikel geschaffen, welcher sowohl vom Parlament als auch in

einer Volksabstimmung deutliche Zustimmung erfuhr.[12] 2004 verabschiedete das Parlament das neue Transplantationsgesetz; 2007 trat es in Kraft.

Das Gesetz stellte den Versuch dar, die Konflikte und Spannungen rund um die Organtransplantation normativ zu zähmen. In diesem Sinne war es ein Kind der kulturellen Krise der Organspende. Die Symptome der Krise prägten auch die Gesetzgebung und die sie begleitenden Debatten: Die semantische Polarisierung, die Angst vor dem Organhandel, das Misstrauen gegenüber den medizinischen Institutionen.[13]

»Haarscharf an einer Katastrophe vorbei«

Dies verdeutlicht sich etwa in der Nationalrats-Debatte vom Herbst 1995 über den »Bundesbeschlusses über die Kontrolle von Blut, Blutprodukten und Transplantaten« – die erste nationale Regelung zur Transplantationsmedizin. Mit dem Beschluss wollte die Regierung eine Übergangsbestimmung schaffen, die angesichts der Skandale um HIV-Infizierungen durch Blutkonserven möglichst schnell den Schutz der Empfänger vor einer Ansteckung mit Krankheitserregern sicherstellen sollte. Der Bundesrat war der Ansicht, dass eine Regelung der Transplantationsmedizin in Rahmen dieser Übergangslösung nicht realisiert werden könne.[14] Die zuständige Kommission des Nationalrats sah aber auch hier eine große Dringlichkeit gegeben: Sie wollte ein Organhandelsverbot sowie eine Regelung der Organentnahme in diesen Beschluss integrieren.

Im Zentrum der Debatte stand die Frage, wessen Interessen höher zu gewichten seien: diejenigen des Spenders oder diejenigen des Empfängers? Die Kommission schlug eine enge Zustimmungsregelung vor, die eine Organentnahme nur bei einer zu Lebzeiten festgehaltenen schriftlichen Einwilligung des Spenders erlaubte. Nur eine aktive und informierte Zustimmung, so die Begründung, garantiere die Selbstbestimmung und den wirksamen Schutz des Spenders. Die Gegenseite stellte das Wohl der Empfänger ins Zentrum. Sie gab zu bedenken, dass eine derart strenge Regelung den bestehenden Organmangel weiter verschärfen dürfte. Zwei Parlamentarier erzählten von befreundeten Personen, denen eine Herztransplantation das Leben rettete. Dies, so die Votanten, wäre bei der vorgeschlagenen Regelung kaum möglich gewesen.[15]

Die emotional geführte und moralisch aufgeladene Ratsdebatte bildete im Kleinen die mediale Diskussion ab, in welcher der Spender den Empfänger als Referenzfigur zunehmend ablöste. Hinter dem Anliegen der Spender-Selbstbestimmung manifestierte sich mitunter auch ein grundlegenderes Unbehagen an der modernen Medizin. Ein Vertreter der Grünen Partei problematisierte die Tendenz, ewig leben zu wollen und den Tod aus dem Leben zu verdrängen: »Gewisse ›Götter in Weiss‹, welche die Menschen um jeden Preis am Sterben hindern, hindern sie auch daran, wirklich zu leben, bevor sie sterben.«[16]

Auf Gott referierte auch ein Kollege der SVP: Er kritisierte die Verschiebung der Todesdefinition nach den Bedürfnissen der Medizin als »Dreinpfuschen in Gottes Handwerk«.[17] Diese Voten entsprechen dem zweiten, medizinkritischen phantasmatischen Szenario, das ich weiter oben referiert habe. In ihnen äußert sich ein Unbehagen über die Anmaßung des modernen Arztes, sich zum Herrn über Leben und Tod zu erheben. Es handelt sich um das Hybris-Motiv aus dem Frankenstein-Narrativ, das auch in den Organhandelsgeschichten präsent war. Nun entfaltete es seine Wirksamkeit im parlamentarischen Gesetzgebungsprozess.

Die Sorge um den Spender überwog schließlich die Sorge um den Empfänger. Die spezielle semantische Konstellation, die Ende 1995 das Reden über die Organspende bestimmte, ermöglichte den Beschluss des Nationalrats für eine enge Zustimmungslösung. Das ist bemerkenswert – denn damit hätte die Schweiz über die strengste Regelung in ganz Europa verfügt.[18] Doch es blieb beim Konjunktiv: Der Ständerat strich nach heftigen Protesten von Ärzteschaft und Patientengruppen[19] diese Bestimmung wieder, die er als zu pauschal und restriktiv beurteilte. Der Nationalrat schloss sich dieser Entscheidung letztendlich an. Transplantationsärzte hatten geltend gemacht, dass alle 1994 durchgeführten Transplantationen nur dank der Zustimmung der Angehörigen möglich waren, weil keine der verstorbenen Personen eine schriftliche Erklärung zur Spende abgegeben hatte.[20] Man sei haarscharf an einer Katastrophe vorbeigegangen, resümierte die Zeitschrift *Re-naissance*.[21]

Absolut unbestritten war dagegen das Verbot des Organhandels, das im März 1996 mit dem Bundesbeschluss in Kraft trat.[22] Dass die erste landesweit geltende Regelung den Organhandel betraf und dessen Verbot 1999 auch in der Verfassung verankert wurde, erstaunt angesichts der diskursiven Explosion um das Thema nicht. Die Angst vor dem Organhandel war ein wichtiger Anstoß für den Gesetzgebungsprozess und gestaltete diesen mit.

Das Transplantationsgesetz: Vertrauen durch Misstrauen

Auch das 2004 verabschiedete Transplantationsgesetz war von der Verunsicherung und dem Unbehagen über die Organspende und die moderne Biomedizin geprägt. Dies zeigt sich in der Diskussion um das Gesetz, in der die Signifikanten »Misstrauen« und »Vertrauen« eine zentrale Rolle spielten. In den Reihen der Transplantationsmedizin und der Patientenorganisationen stieß das Regelwerk – besonders der Entwurf des Bundesrates – zumindest vereinzelt auf harsche Kritik. Es handle sich, so der Vorwurf, um ein von Misstrauen geprägtes Gesetz, das nicht auf die Förderung der Transplantationsmedizin und die Bekämpfung des Organmangels abziele, sondern einzig den Missbrauch verhindern wolle.[23] Auch im Parlament wurde diese Einschätzung mitunter geteilt.[24] Ständerat Carlo Schmid (CVP) sprach von einem »Bevormun-

dungsgesetz«, und warf die Frage auf: »Verdienen diese Leute, die jetzt seit Jahrzehnten hervorragende Spitzenmedizin betreiben, diese geballte Ladung an Misstrauen?«[25] Er erhielt Unterstützung von Ratskollegin Anita Fetz (SP):

»In einem Punkt gebe ich Carlo Schmid Recht, das haben wir in der Kommission immer wieder diskutiert: Dieses Gesetz strotzt vor Misstrauen! Das ist das Problem, dass es derart viele Bewilligungsauflagen hat. Aber das hat weniger mit einem Bürokratismus zu tun, sondern mit einem auch im Nationalrat, der ja der Erstrat war, tief verankerten Misstrauen: ein Misstrauen, dass im transplantationsmedizinischen Bereich, im Organspendebereich, zu viele Missbrauchsmöglichkeiten vorhanden wären.«[26]

Dass die Verhinderung von Missbräuchen ein zentrales Anliegen des Gesetzes darstellt, war weitgehend unbestritten. Die bei einer Mehrheit vorherrschende, positivere Deutung des Gesetzes unterschied sich von der kritischen Deutung denn auch vor allem in der Art und Weise, wie die Auswirkungen des Gesetzes für die Transplantationsmedizin interpretiert wurden. Diese positive Deutung umschrieb Ständerat Philipp Stähelin (CVP) wie folgt:

»In der Kommission ist uns hiezu [sic!] gesagt worden, der eher restriktive Grundton sei das Resultat der vorherrschenden Meinung, man könne der Transplantationsmedizin in der Schweiz am besten helfen, wenn man Rechtssicherheit schaffe bezüglich einer gesamtschweizerischen Einheitlichkeit der Bestimmungen und des Vollzugs. Dies betreffe vor allem die Organspende und die Organzuordnung. Man sei vom Gedanken ausgegangen, dass klare, allenfalls auch restriktive Regelungen die Spendefreudigkeit am ehesten fördern.«[27]

Nicht ein liberales, sondern ein strenges Gesetz, so das Argument, sei der Beschaffung von Organen förderlich.

Keine Chance für die Widerspruchsregelung

Diese Argumentationslogik soll am Beispiel der Regelung der Organentnahme verdeutlicht werden: Bundesrat und Parlament gaben der strengeren erweiterten Zustimmungsregelung den Vorzug vor der liberaleren erweiterten Widerspruchslösung. In der Vernehmlassung hatte die Zustimmungslösung, die eine Entnahme nur bei expliziter Zustimmung der Angehörigen gestattet, mit 38 zu 34 Stimmen nur eine knappe Mehrheit gefunden.[28] Vor allem Vertreter der Transplantationsmedizin sprachen sich dagegen aus, dass der ihnen von der Widerspruchsregelung garantierte Spielraum beschnitten wird. Diese Regelung, welche die Organentnahme bereits beim Fehlen eines Widerspruchs erlaubt, so behaupteten manche Ärzte, ermögliche eine höhere Spende-Rate.[29]

Der Bundesrat betonte dagegen das Persönlichkeitsrecht des Spenders, das bei der Widerspruchslösung eingeschränkt werde.[30] Entscheidend, so begründete Bundesrätin Ruth Dreifuss die Entscheidung für die Zustimmungslösung, sei das Vertrauen des Patienten ins Krankenhaus: Der Patient müsse wissen, dass sein Wille oder der Wille seiner Familie berücksichtigt werde.[31] Ähnlich argumentierte auch Sebastiano Martinoli, einer der Mediziner, die sich für eine Zustimmungslösung engagierten: Er unterstrich die Bedeutung der öffentlichen Diskussion, welche die Spendekultur mehr beeinflusse als die Gesetzgebung. Bei einer Organentnahme ohne Zustimmung erscheine das Krankenhaus, die Medizin, die Mediziner als »allfressende Maschine«: »Von Zustimmung, Pietät, menschlichem Dialog keine Spur. Wollen wir Mediziner, dass über unser Tun eine solche Auffassung im Publikum weiterblüht? [...] Bemühungen der Ärztewelt, ständig zu informieren, zu motivieren, Konsens zu schaffen, wären bei einer Widerspruchsregelung unnötige Zeitverschwendung. Die Barriere zwischen Spital und Öffentlichkeit würde noch höher.«[32] Wir begegnen hier einmal mehr einem Argument, das bereits in der ärztlichen Debatte zu Beginn der 1970er Jahre von einer Minderheit vertreten wurde: Eine Regelung, die den Eindruck von Zwang vermittelt, ist für die Organbeschaffung letztlich kontraproduktiv, da sie den Ruf der Transplantationsmedizin schädigt und das Vertrauen unterminiert. Im Laufe der 1990er Jahre gewann dieses Argument an Gewicht. Das verweist auch auf die kulturelle Wirkmächtigkeit von medizinkritischen Narrativen in journalistischen und populärkulturellen Medien. Das Schreckensbild der Medizin als »allesfressende Maschine«, das der Arzt Martinoli beschwört, scheint direkt einem Organhandelsfilm entsprungen zu sein.

So akzeptierte letztlich auch eine Mehrheit in den Reihen der Transplantationsmedizin, wenn zum Teil auch zähneknirschend, die Zustimmungslösung. Eine Praxis, welche die Selbstbestimmung missachte, sei derzeit nicht durchsetzbar, erklärte die Präsidentin der Stiftung Swisstransplant, Nationalrätin Trix Heberlein (FDP), in der Ratsdebatte:

> »Auch in denjenigen Kantonen, in denen heute die Widerspruchslösung rechtlich Gültigkeit hat, wird heute bereits die erweiterte Zustimmungslösung als allseits akzeptierte Regelung praktiziert. Denn wir können uns alle schlecht vorstellen, dass gegen den Widerspruch der Angehörigen Organe entnommen werden, wenn keine Willensäusserung der verstorbenen Person vorhanden ist. Aber wir müssen uns bewusst sein, dass es eine Einschränkung ist. Nicht umsonst haben Spanien oder Österreich sehr viel höhere Spenderzahlen. [...] Auch alle Transplantationsorganisationen wollten sich eigentlich für die Widerspruchslösung aussprechen. Aber im heutigen Gesundheitssystem, auch bei der heutigen Werteauffassung der Bevölkerung, ist sie meiner Meinung nach nicht praktikabel.«[33]

Die hier implizit geäußerte Überzeugung, dass die Transplantationsmedizin ihre Praxis an die »Wertauffassung der Bevölkerung« anpassen müsse, reflektiert die Erfahrung der gescheiterten Aufklärungsbemühungen – der vergebliche Versuch, die »Wertauffassung der Bevölkerung« an die transplantationsmedizinische Praxis anzupassen. Die Kämpfe um die Deutung der Organspende, die ich in dieser Arbeit untersucht habe, waren immer auch Kämpfe um die Deutung der Medizin und gleichzeitig Kämpfe um ihre Deutungsmacht. Wie wir gesehen haben, verloren die Transplantationsmediziner trotz intensivierter Anstrengungen, den massenmedialen Diskurs mittels Öffentlichkeitsarbeit zu bestimmen und zu kanalisieren, zunehmend die Kontrolle über das Sprechen über die Organspende. Die Debatte um das nationale Transplantationsgesetz zeigt, dass die Medizin ihren exklusiven Anspruch auf die Deutungsmonopol über die Organtransplantation nicht aufrecht erhalten konnte. Die Forderung nach einer einheitlichen gesetzlichen Regelung Mitte der 1990er Jahre war vom Wunsch nach einer breiten und offenen Debatte begleitet gewesen, an der sich nicht nur Ärzte und andere Fachleute, sondern die ganze Bevölkerung beteiligen solle.[34]

Das Dilemma von Effizienzsteigerung und Vertrauenssicherung

Dass die von der Transplantationsmedizin favorisierte Widerspruchsregelung letztlich chancenlos war, liegt – und das ist eine Ironie der Geschichte – auch in den von der Transplantationsmedizin lancierten Werbekampagnen begründet. Das in den Kampagnen konstruierte Ideal des freiwilligen, selbstlosen und selbstbestimmten Spenders war mit der liberalen Widerspruchsregelung, die keine Zustimmung zur Spende voraussetzt und damit die Entscheidungsfreiheit einschränkt, ebenso wenig kompatibel wie mit ökonomischen Anreizmodellen.

Wir haben es hier mit einem Phänomen zu tun, das ich bereits im Prolog und im vorangehenden Kapitel angesprochen habe: Die Ausgestaltung der Organbeschaffung, das zeigt der historische Rückblick in dieser Arbeit, oszillierte zwischen den Postulaten der Effizienz und der Vertrauenssicherung. Angesichts der kulturellen Krise der Organspende Mitte der 1990er Jahre rückte das zweite Postulat gegenüber dem ersten in den Vordergrund. Diese Tendenz und mit ihr auch der unliebsame, aber unvermeidliche Verzicht auf die Widerspruchslösung im Transplantationsgesetz, können auch als nicht-intendierter Effekt des moralischen Diskurses der Organspende gesehen werden. Die von der Transplantationsmedizin mitgetragene moralische Inszenierung der Organspende, die eigentlich ihre Expansion ermöglichen sollte, wurde nun ironischerweise zu ihrem Bremsklotz. Umgekehrt drohten Bemühungen zur intensivierten Organbeschaffung – beispielsweise der Zugriff auf herztote Spender, bei dem die Zeit zur Befragung der Angehörigen meist fehlte –, den

moralischen Diskurs zu unterminieren. Strategien zur Effizienzsteigerung und Strategien zur Vertrauenssicherung, so das Dilemma der Transplantationsmedizin, behinderten sich gegenseitig.

Unterwerfung, Verdinglichung, Kommerzialisierung?

Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse dieses Buches erweisen sich die in vielen kultur- und sozialwissenschaftlichen Studien dominanten und stark normativ aufgeladenen Thesen einer zunehmenden Unterwerfung, Verdinglichung und Kommerzialisierung des menschlichen Körpers in der Transplantationsmedizin als zu vereinfachend. Tatsächlich war die Entwicklung komplexer und widersprüchlicher:

Erstens findet sich zwar im gesamten Untersuchungszeitraum bei Ärzten und auch bei anderen Akteuren die Überzeugung, dass der tote Körper unabhängig vom Willen des Verstorbenen und seiner Familie prioritär in den Dienst der Medizin bzw. des Empfängers gestellt werden sollte. Gleichzeitig haben die Verantwortlichen ihre Praxis sowie ihre Werbe-Rhetorik ab den 1980er Jahren zunehmend den Prinzipien der Selbstbestimmung und des *informed consent* untergeordnet – und zwar meist ohne gesetzlichen Zwang. Die Geschichte der Organspende in der Schweiz ist keine Geschichte einer sich ausbreitenden Bio-Macht, die sich die Körper unterworfen und gefügig gemacht hat. Vielmehr war sie spätestens ab den 1980er Jahren zunehmend von einer liberalen Machtform geprägt, die in der Freiheit des Subjekts ihre konstitutive Bedingung und damit auch ihre Grenze hat. Medizingeschichte, so hat diese Arbeit gezeigt, ist keine Einbahnstraße. Ein deterministisches Medikalisierungs-Narrativ wird ihr nicht gerecht.

Zweitens greift auch die Vorstellung einer fortschreitenden Verdinglichung zu kurz: Zwar waren im Dispositiv der Organspende Handlungs- und Rederegeln wirksam, die die Verwandlung eines menschlichen Körpers in eine medizinische Ressource erleichtern und befördern sollten. Gleichzeitig nahm im Zuge einer verstärkt transparenten und konfliktvermeidenden Angehörigenbetreuung aber auch das Bewusstsein um die Bedeutung eines als »sensibel« und »würdig« wahrgenommenen Umgangs mit dem sterbenden und toten Spenderkörper zu.

Drittens entpuppt sich auch die These einer zunehmenden Kommerzialisierung als unzureichend: Zwar war das Dispositiv der Organspende auch von einem ökonomischen Diskurs bestimmt, der vom Signifikanten »Organmangel« organisiert wurde, und das Organ als knappe, wertvolle Ressource konzipierte. Vor allem die Praxis des Organaustauschs war von einer ökonomischen Logik geprägt. Der Wettbewerb der Transplantationszentren um die Organe wurde erst mit dem neuen Transplantationsgesetz etwas entschärft, welches das auf die Krankenhäuser bezogene System des Organaustauschs mit

einem zentralistischen, patienten-zentrierten System der Organallokation ersetzte.[35] Der ökonomischen Logik gegenüber standen aber das wirkmächtige Bild des altruistischen Spenders und das Ethos der Verantwortung gegenüber dem Empfänger. Das Organ, so lässt sich zugespitzt bilanzieren, war eben beides: ein Geschenk und eine Ware.

Es wäre nun irreführend, diesen Widerspruch auf eine Seite hin auflösen zu wollen, wie dies die einleitend referierten Studien tun, welche die Entwicklung der Transplantationsmedizin entweder als Fortschritts- oder als Verfallsgeschichte erzählen. Vielmehr zeigt sich eine unauflösliche Verflechtung von altruistischen und ökonomischen Momenten im Dispositiv der Organspende: So stützten sich der ökonomische Diskurs und der moralische Diskurs der guten Spende gegenseitig. Die komplexe Motivlage offenbart sich bei der Allianz, die für mehr Organspenden kämpfte. Dieses gemeinsame Ziel speiste sich aus unterschiedlichen Motiven: der Hoffnung von Kranken und ihrer Vertreter auf eine Verbesserung oder Verlängerung des Lebens; der Hoffnung von Ärzten, ihren Patienten zu helfen und ihr Prestige zu mehren; sowie der Hoffnung der pharmazeutischen Industrie auf Profit.

Effizienzdenken, Konkurrenzkampf und Gewinnstreben waren nicht bloß marginale Nebenerscheinungen einer philanthropischen Spitzenmedizin, bei der es einzig um das Wohl der Patienten ging. Dagegen spricht bereits die Rolle, welche die Pharmaindustrie im Dispositiv der Organspende spielte. Ebenso wenig dienten der moralische Diskurs der guten Organspende sowie die Rhetorik und Praxis der Selbstbestimmung und der Transparenz nur als ideologisches Feigenblatt einer nach ökonomischen und Effizienzprinzipien organisierten medizinischen Organindustrie.

Die Dialektik des Siegeszugs der Organtransplantation

Es gilt, die fundamentalen Ambivalenzen der Geschichte der Organspende anzuerkennen. Sie waren das Resultat von System- und Diskurszwängen, die den beteiligten Akteuren weder jederzeit bewusst waren, noch von ihnen kontrolliert werden konnten. Grundlegend waren dabei die Semantik des Organmangels und der selbst auferlegte Anspruch, allen Patienten, die ein neues Organ benötigen, mit einer Transplantation zu helfen. Die Transplantationsmedizin stand vor der unlösbaren Aufgabe, die durch ihre Erfolge genährten Hoffnungen und Erwartungen zu erfüllen.

Die Unersättlichkeit des Systems, die in der Logik des Organmangels angelegt war, erzeugte paradoxe Effekte: die widersprüchlichen Semantiken von Ware und Geschenk, das Dilemma von Effizienzsteigerung und Vertrauenssicherung und gleichzeitig ein Unbehagen, das sich in den medizinkritischen Organhandelsgeschichten manifestierte. Man könnte von einer Dialektik des stolz deklarierten »Siegeszuges der Transplantationsmedizin« sprechen – ein

Siegeszug, der seine eigenen Hemmschuhe, seine eigene Kritik gleichsam selber mitproduzierte. Die modernde Medizin sei zur Gefangenen ihres Erfolges geworden, konstatierte 1994 der britische Medizinhistoriker Roy Porter.[36] Dies trifft im Falle der Transplantationsmedizin in besonderer Weise zu.

Ausblick: Kein Beruhigung in Sicht

Das nationale Transplantationsgesetz richtete sich gegen das Dilemma, dem sich die Transplantationsmedizin gegenüber sah. Es war ein »Misstrauensgesetz«, das aber nicht auf eine Eindämmung oder Hemmung der Transplantationsmedizin abzielte. Es verzichtete auf eine liberale Regelung der Organentnahme und auf jegliche Anreize zur Förderung der Organspende. Die transparente Regelung und die Rechtssicherheit könnten aber, so zeigte sich der Bundesrat in seiner Botschaft zuversichtlich, bei den betroffenen Personen, aber auch in der Bevölkerung Verständnis und Vertrauen in diesem Bereich der Medizin schaffen.[37] Das Gesetz hatte zum Ziel, das umkämpfte diskursive Spannungsfeld normativ zu stabilisieren, indem Unsicherheiten und Widersprüche in ein gesetzliches Regime von Ordnung und Sicherheit überführt werden.

Es gibt Anzeichen, dass dies nicht gelungen ist. In der Diskussion um Organspenden ist seit 2007 keine Ruhe eingekehrt, der grundlegende Widerspruch zwischen Spender und Empfänger konnte nicht aufgehoben werden. Angesichts des anhaltenden Organmangels forderten Politiker und Interessensvertreter der Transplantationsmedizin seit Herbst 2010 wiederholt, auf die Widerspruchsregelung umzusteigen.[38] Auch Anreize zur Organspende sollten geprüft werden.[39] Gleichzeitig provozierten neue Vorschläge von Swisstransplant zur Organallokation kontroverse Debatten.[40] In der im Juni 2015 verabschiedeten ersten Revision des Transplantationsgesetzes entschied sich das Parlament schließlich erneut gegen die Widerspruchsregelung.[41] Es schuf aber Rechtssicherheit für Organentnahmen bei Herzstillstand – eine Methode, die nach einem zwischenzeitlichen Stopp seit Herbst 2011 in der Schweiz wieder durchgeführt und von Medizinethikern teilweise heftig kritisiert wurde.[42] Es zeigt sich: Das Transplantationsgesetz bildet zwar den Endpunkt dieser Arbeit. Es bedeutet aber nicht das Ende der medialen, politischen und institutionellen Aushandlungsprozesse und Auseinandersetzungen um Organspende und Transplantation.

ANMERKUNGEN

1 | Leserbriefe, in: Tages-Anzeiger, 13.4.1995.

2 | Gehring 2007, S. 39ff.

3 | Hubert Knoblauch in einem Interview mit der Süddeutschen Zeitung, 24.7.2009.

4 | Foucault bemerkte 1976 in seinen Ausführungen zu Bio-Macht und Normalisierungsgesellschaft: »Und gegen diese Macht, die im 19. Jahrhundert noch neu war, haben sich die Widerstand leistenden Kräfte gerade auf das berufen, was durch diese Macht in Amt und Würden eingesetzt wird: auf das Leben und den Menschen als Lebewesen.« Foucault 1983, S. 172.

5 | Rose 2009, S. 174.

6 | Wo spenden fehlen, tut sich ein Markt auf, in: Der Bund, 5.9.1994.

7 | Hier eine Auswahl der wichtigsten politischen Vorstöße: auf nationaler Ebene die einfache Anfrage Wittenwiler »Organhandel – auch in der Schweiz?« vom 8.12.1993, Nr. 93.1100; die Motion Onken »Verbot des Handels mit menschlichen Organen« vom 7.12.1993, Nr. 93.3573 sowie die Motion Huber »Gesetzgebung Transplantationsmedizin« vom 28.2.1994, Nr. 94.3052. Im Kanton Zürich die Motion von Martin Ott »gesetzliche Bestimmungen über den Umgang und Einsatz von menschlichen Organen zur Transplantation« vom 7.3.1994, KR-Nr. 74/1994; die Anfrage von Béatrice La Roche-Kronauer und Thomas Huonker »Organentnahmen, Organimporte und Organtransplantationen im Kanton Zürich« vom 27.3.1995, KR-Nr. 92/1995 sowie die dringliche Interpellation von Martin Ott »Verfahren bei Organentnahmen im Kanton Zürich« vom 15.5.1995, KR-Nr. 113/1995. Im Kanton Luzern die einfache Anfrage von Heidi Rothen zum Transplantationswesen im Kantonsspital Luzern (vgl. Organentnahme ohne Ja der Angehörigen möglich, in: Luzerner Zeitung, 10.1.1995). Im Kanton Schaffhausen die Kleine Anfrage von Theres Müller (vgl. Organspenden nicht völlig geregelt, in: Schaffhauser Nachrichten, 15.6.1995). Zur Forderung der Sanitätsdirektorenkonferenz vgl. Neinsagen muss möglich sein, in: Tages-Anzeiger, 6.4.1995.

8 | Vgl. Interpellation Dirren »Organentnahme und Organtransplantation« vom 5.10.1984, Nr. 84.473. In seiner Antwort betonte der Bundesrat, es bestehe kein Anlass für eine Regelung auf Bundesebene. Er verwies auf die Bundesgerichtsentscheide, die kantonalen Regelungen und die Richtlinien der SAMW. Die geltende rechtliche Ordnung sei zwar in einigen Punkten unvollständig, genüge aber insgesamt. In diesem Gebiet sei eine flexible Rechtsprechung der »Starrheit des Gesetzes« vorzuziehen.

9 | Mit dem Postulat Jelmini »Therapeutische Transplantationen« vom 6. Oktober 1989, Nr. 89.695, wurde der Bundesrat ersucht, das Problem der Organtransplantationen eingehender zu untersuchen mit dem Ziel, einen Erlass auszuarbeiten, der die grundlegenden Fragen regelt. Zu den Reaktionen von Bundesrat und Parlament vgl. die Aussagen von Ständerat Hans Jörg Huber und Bundesrätin Ruth Dreifuss anlässlich der Ratsdebatte über die Motionen Huber: Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 1994, Band III, Herbstsession Ständerat, Sitzung 4, 22.9.1994, S. 869 u. 871.

10 | Vgl. Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 1994, Band III, Herbstsession Ständerat, Sitzung 4, 22.9.1994, S. 868-871.

11 | Die Revision der Richtlinien wurde laut der SAMW ins Auge gefasst, da sich seit der ersten Version von 1981 neue technische und ethische Probleme ergeben hätten (SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation, Erstpublikation, in: SÄZ, 2.2.1994, S. 166). 1995 betonte der SAMW-Präsident mehrmals die Dringlichkeit der Publikation der revidierten Richtlinien angesichts der Vorstöße im nationalen Parlament (vgl. SAMW-Protokoll der Sitzung des Zentralen medizinisch-ethischen Kommission der SAMW vom 10. März 1995 in Bern, SAMW-Archiv sowie SAMW, Protokoll der 119. Sitzung des Senats vom 8. Juni 1995 in Basel, SAMW-Archiv, S. 7). In der 1995 publizierten, definitiven Fassung der Richtlinien wird die Hoffnung ausgedrückt, dass die Richtlinien bei der Ausarbeitung des Gesetzes zum »Vordenken« anregen können (vgl. SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation, in: SÄZ, 30.8.1995. S. 1389).

12 | Der Verfassungsartikel gab dem Bund die Kompetenz, die Transplantationsmedizin einheitlich zu regeln. Zur inhaltlichen Gestaltung des Gesetzes umfasst der Artikel nur drei Punkte: Der Bund sorgt erstens für den Schutz der Menschenwürde, der Persönlichkeit und der Gesundheit und legt zweitens Kriterien für eine gerechte Zuteilung der Organe fest. Drittens wird ein Verbot des Organhandels festgeschrieben. Im Nationalrat wurde der Artikel mit 158 zu elf Stimmen, im Ständerat mit 42 zu 0 Stimmen angenommen. In der Volksabstimmung vom 7. Februar 1999 votierten 87,8 Prozent der Wähler für die Verfassungsänderung. Vgl. Hofer 2006, S. 42f. sowie Deutlicher könnte es nicht sein, in: Tages-Anzeiger, 8.2.1999.

13 | Diese Motive zeigen sich etwa deutlich in den Debatten vom 27. März und vom 19. Juni 1995 im Zürcher Kantonsrat über die rechtliche Regelung der Transplantationsmedizin. Vgl. die Berichte: Zürcher Kantonsrat, in: NZZ, 28.3.1995 und Organentnahme: Warten auf Bund, in: Tages-Anzeiger, 20.6.1995.

14 | Vgl. Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zu einem Beschluss über die Kontrolle von Blut, Blutprodukten und Transplantaten, 1.3.1995, in: Bundesblatt II, 1995, S. 985.

15 | Zur Debatte vgl. Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 1995, Band IV, Herbstsession Nationalrat, Sitzung 8, 28.9.1995, S. 1966ff.

16 | Peter Schmid (TG), Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 1995, Band IV, Herbstsession Nationalrat, Sitzung 8, 28.9.1995, S. 1974f.

17 | Simon Schenk (BE), Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 1995, Band IV, Herbstsession Nationalrat, Sitzung 8, 28.9.1995, S. 1971.

18 | Als einziges Land hatte Japan die enge Zustimmungsregelung gesetzlich verankert. Vgl. Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz), 12.9.2001, S. 78.

19 | Die Interessensverbände der Transplantierten forderten den Nationalrat auf, von der engen Zustimmungsregelung abzusehen, da sie für viele Menschen auf der Warteliste ein Todesurteil bedeute (vgl. Wegen Organmangels: 39 Personen gestorben, in: Basler Zeitung, 19.1.1996 sowie Rückgang der Organverpflanzungen, in: NZZ, 19.1.1996).

Laut der *Wochenzeitung* sei die enge Zustimmungsregelung im Ständerat gescheitert, weil neben Swisstransplant auch die Pharmaindustrie mit massivem Widerstand gedroht habe (vgl. Von der Spende zur Bringschuld, in: Wochenzeitung, 6.8.1998).

20 | Vgl. Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz), 12.9.2001, S. 78.

21 | Hemmnisse auf dem Weg der Organspende, in: Re-naissance 15, Februar 1996, S. 3. Vgl. auch die Leserbriefe, in: Re-naissance 15, Februar 1996, S. 15.

22 | Die Motion Onken vom Dezember 1993 hatte die Regierung aufgefordert, dem »aufkommenden (Schwarz-)Handel mit Transplantaten rechtzeitig einen Riegel vorzuschieben«. Der Autor der Motion wies in der Ratsdebatte auf dubiose Angebote in Schweizer Spitäler und die Berichte über lateinamerikanische Kinder hin, welche als »menschliche Ersatzteillager« in Industrieländer verkauft worden seien. Vgl. Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 1994, Band III, Herbstsession Ständerat, Sitzung 4, 22.9.1994, S. 868.

23 | Vgl. z.B. Milde lebensrettende Gaben, in: Tages-Anzeiger, 23.11.2000; Blankart/Kirchner/Thiel 2002, S. 8f., die von einem »Polizeigesetz« sprechen, sowie den Leserbrief von Philipp Morel in der Patientenzeitschrift Les As de Coeur News 21, Dezember 2004, S. 14. Auch in vielen Vernehmlassungsantworten ist der Misstrauens-Vorwurf präsent: So kritisierte das Kantonsspital Baden, dass das Gesetz geradezu neurotisch geprägt sei von Misstrauen gegenüber Ärzten und Pflegepersonen (vgl. Vernehmlassungsantwort Kantonsspital Baden, 25.2.2000). Die Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie bezeichnete den Entwurf ebenso wie die Medizinische Fakultät der Universität Basel als »Verbots-Gesetz« (vgl. Vernehmlassungsantwort Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie, 22.2.2000 und Vernehmlassungsantwort Universität Basel, Medizinische Fakultät, 28.2.2000). Vgl. auch Largiadèr 2010, S. 271f. u. 293f.

24 | Die Kritik fand im Parlament zum Teil Gehör: Der Ständerat verschob den Akzent des Gesetzes stärker in Richtung Förderung der Organspende. So wurde im Zweckartikel, der im Entwurf nur den Schutz vor Missbräuchen vorsah, der Zusatz eingefügt, dass das Gesetz dazu beitragen solle, »dass menschliche Organe, Gewebe und Zellen für Transplantationszwecke zur Verfügung stehen.« Vgl. Organspende via Führerausweis, in: Tages-Anzeiger, 3.6.2004 sowie Hofer 2006, S. 47f.

25 | Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 2004, Sommersession Ständerat, Sitzung 2, 2.6.2004, S. 176f. u. 181.

26 | Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 2004, Sommersession Ständerat, Sitzung 2, 2.6.2004, S. 177.

27 | Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 2004, Sommersession Ständerat, Sitzung 2, 2.6.2004, S. 180.

28 | Vgl. Eidgenössisches Departement des Innern 2000, S. 13.

29 | Vgl. Milde lebensrettende Gaben, in: Tages-Anzeiger, 23.11.2000. Als Beispiel einer ärztlichen Argumentation für die Widerspruchslösung vgl. Morel 1999. Vgl. auch folgende Vernehmlassungsantworten: Universitätsspital Zürich, 23.2.2000; Kantons-

spital St. Gallen, 24.2.2000; Trans-Hepar, Schweizerische Vereinigung der Lebertransplantierten, 26.2.2000; VENK, Verein der Eltern von nierenkranken Kindern, 29.2.2000.

30 | Vgl. Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz), 12.9.2001, S. 80.

31 | Vgl. die Sendung Tagesschau des Schweizer Fernsehens vom 22.11.2000.

32 | Martinoli 1999, S. 53ff.

33 | Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 2004, Sommersession Ständerat, Sitzung 2, 2.6.2004, S. 188f.

34 | Vgl. etwa die Kommentare: Organspende überdenken, in: Tages-Anzeiger, 6.4.1995 und Es braucht eine offene Diskussion, in: Tages-Anzeiger, 8.9.1995; das Editorial der Zeitschrift Optima, Oktober 1995, sowie die Forderung von Ruth Gonseth im Interview mit dem Tages-Anzeiger (Recht auf Leben und einen würdigen Tod, in: Tages-Anzeiger, 25.1.1999). Im Gesetzgebungsprozess fand dieser Partizipationsanspruch Berücksichtigung in der Institution des PubliForums – ein Bürgerpanel vom November 2000, an dem rund 30 zufällig ausgewählte Bürger laut Bundesamt für Gesundheit »ihre Wünsche, Ängste und Befürchtungen gegenüber der Transplantation« vorbringen und mit Betroffenen und Experten diskutieren konnten. Das Forum sollte die »Voraussetzungen für eine transparente und differenzierte Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger« bilden (vgl. Bundesamt für Gesundheit, Zielsetzung des Publiforums, www.bag.admin.ch/transplantation/00694/00726/01350/index.html?lang=de [1.1.2012] sowie Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung/Bundesamt für Gesundheit/Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung wissenschaftlicher Forschung 2001). Auf die Ergebnisse des Panels wurde im Verlauf des Gesetzgebungsverfahren verschiedentlich rekurriert (vgl. Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz), 12.9.2001, S. 74ff.).

35 | Die Organe wurden nun von einer nationalen Zentrale direkt den Patienten zugeteilt. Der Bundesrat erklärte, die bisherige Praxis – die Zuteilung an ein Zentrum, die Priorität der lokalen Verwendung und die Pay Back-Regelung – würde den Kriterien der Chancengleichheit und Gerechtigkeit nicht genügen. Der Systemwechsel rückte also die einzelnen Patienten in den Mittelpunkt. Diese hatten zuvor im Sprechen über die Organverteilung, das auf die Zentren ausgerichtet war, nur eine untergeordnete Rolle gespielt. Vgl. Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz), 12.9.2001, S. 99ff, vor allem S. 115f.

36 | Porter 1994.

37 | Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz), 12.9.2001, S. 31. Bereits früher hatten Akteure der Transplantationsmedizin die Hoffnung geäußert, dass eine gesamtschweizerische Regelung Bedenken gegenüber der Organspende und Ängste vor Organhandel vermindern würde (vgl. etwa Transplantation d'organes: les Suisses dans l'ignorance, in: Le Nouveau Quotidien, 12.9.1994 sowie Weiterhin Mangel an Transplantationsorganen, in: NZZ, 7.2.1997).

38 | Vgl. Organspende soll Normalfall werden, in: Sonntags-Zeitung, 19.9.2010; Organtransplantation: Nutzen vor medizinischer Notwendigkeit, in: Tages-Anzeiger, 25.9.2010 und Soll Organspender werden, wer nicht ausdrücklich Nein sagt?, in: Tages-Anzeiger, 3.12.2010; Bericht über Organspenden, in: Basler Zeitung, 26.11.2010; Organspende: Swisstransplant will Widerspruchslösung soft, in: Die Südostschweiz, 29.1.2011; Dutzende sterben, weil Spender fehlen, in: Der Schweizerische Beobachter 5, 2011 sowie Wer sich nicht wehrt, soll Organe spenden müssen, in: Tages-Anzeiger, 6.9.2012; Nun sollen sich Profis um die Organspenden kümmern, in: Tages-Anzeiger, 19.10.2012 und Verschenkt eure Herzen, in: Tages-Anzeiger, 22.10.2012.
39 | Vgl. »Sparpotenzial von einer Milliarde«, in: Berner Zeitung, 17.8.2009; Staat soll Spender belohnen, in: Aargauer Zeitung, 19.7.2010; Wer Organe spenden würde, sollte auch »belohnt« werden, in: Die Südostschweiz, 26.7.2010; Einbruch bei den Organspenden, in: NZZ, 3.12.2010; Langes Warten auf ein rettendes Organ, in: NZZ am Sonntag, 27.2.2011 sowie Dutzende sterben, weil Spender fehlen, in: Der Schweizerische Beobachter 5, 2011.
40 | Vgl. Organtransplantation: Nutzen vor medizinischer Notwendigkeit, in: Tages-Anzeiger, 25.9.2010; Spender wollen mitentscheiden, in: Tages-Anzeiger, 28.9.2010; Leserforum, in: Tages-Anzeiger, 2.10.2010 und Auch Mediziner kritisieren die Zuteilung von gespendeten Organen, in: Tages-Anzeiger, 9.10.2010.
41 | Vgl. Bundesamt für Gesundheit, Revision des Transplantationsgesetzes, www.bag.admin.ch/transplantation/00694/01739/11989/index.html?lang=de [1.10.2015] sowie Parlament lehnt automatische Organspende ab, in: Tages-Anzeiger, 11.6.2015.
42 | Vgl. Bundesamt für Gesundheit, Revision des Transplantationsgesetzes, www.bag.admin.ch/transplantation/00694/01739/11989/index.html?lang=de [1.10.2015]; Die letzte Grenze, in: Weltwoche, 30.8.2012; Warten, bis das Herz stillsteht, in: Tages-Anzeiger, 15.2.2013 sowie So viele Organspenden wie nie, in: Tages-Anzeiger, 13.3.2014.

Anhang

Abkürzungsverzeichnis

AKKS	Aktions- und Koordinationskomitee Swisstransplant
BGE	Entscheidungen des Schweizerischen Bundesgerichts
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
EDHEP	European Donor Hospital Education Programme
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FSOD	Foundation to Support Organ Donation
HLA	Human Leukocyte Antigen
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
SÄI	Schweizerische Ärzteinformation
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SÄZ	Schweizerische Ärztezeitung
SBK	Schweizer Berufsverband für Krankenschwestern und Krankenpfleger
SGI	Schweizerische Verbindung für Intensivmedizin
SMW	Schweizerische Medizinische Wochenschrift
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
STAH	Swisstransplant Arbeitsgruppe Herztransplantation
STAL	Swisstransplant Arbeitsgruppe Lebertransplantation
STALU	Swisstransplant Arbeitsgruppe Lungentransplantation
STAN	Swisstransplant Arbeitsgruppe Nierentransplantation
STAP	Swisstransplant Arbeitsgruppe Pankreastransplantation
STATKO	Swisstransplant Arbeitsgruppe Transplantationskoordination
SVK	Schweizer Verband für Gemeinschaftsausgaben der Krankenkassen

Quellen- und Literaturverzeichnis

Quellenverzeichnis

Unpublizierte Quellen

Archiv der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Basel

Arbeitskommission für die Probleme um die Transplantation, Sitzungs-Protokolle und Korrespondenz 1968-1973

Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW 1969-2005 (Publizierte Endversionen sowie Manuskripte)

Vernehmlassungsantworten zum Entwurf der Medizinisch-ethischen Richtlinien für die Organtransplantation, 1994

Vernehmlassungsantworten zum Entwurf der Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen, 1995

Senat der SAMW, Sitzungs-Protokoll 1995

Zentrale medizinisch-ethische Kommission der SAMW, Sitzungs-Protokoll 1995

Subkommission zur »Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen«, Sitzungs-Protokolle 2000

Vertraulicher Bericht über ein Gespräch zwischen einem Arzt und den Eltern eines Nierenspenders, 31.3.2001, sowie dazugehörige Korrespondenz

Diverses: Korrespondenz, Einzelschriften, Berichte, Manuskripte

Dokumente der Stiftung Swisstransplant: Protokolle, Konzepte, Berichte, Statistik

Archiv der Stiftung Swisstransplant, Bern

Stiftungsrat, Sitzungs-Protokolle und Korrespondenz 1986-1996

Swisstransplant Arbeitsgruppe Nierentransplantation (STAN), Sitzungs-Protokolle, Berichte und Korrespondenz 1981-1996

Swisstransplant Arbeitsgruppe Herztransplantation (STAH), Sitzungs-Protokolle und Korrespondenz 1992

Swisstransplant Arbeitsgruppe Lebertransplantation (STAL), Statuten, Sitzungs-Protokolle und Korrespondenz 1992-1997

Swisstransplant Arbeitsgruppe Lungentransplantation (STALU), Statuten, Sitzungs-Protokolle und Korrespondenz 1993

Swisstransplant Arbeitsgruppe Pankreastransplantation (STAP), Korrespondenz 1993

Swisstransplant Arbeitsgruppe Transplantationskoordination (STATKO), Sitzungs-Protokoll 1994

Diverses: Manuskripte, Berichte, Analysen, Eingaben, Informationsbroschüren

Dokumente zur Öffentlichkeitsarbeit: Informationsmaterial, Medienmitteilungen, Konzepte, Korrespondenz 1987-1996
Statistische Dokumente

Archiv des Kantonsspitals St. Gallen
Einzelne Korrespondenzen
G. Thiel, Beitritt der Schweiz zu Eurotransplant: die Contra-Position, Basel o. D. (Manuskript)
Swisstransplant Arbeitsgruppe Nierentransplantation (STAN), Protokolle und Korrespondenz 1986-2000
Wegleitung Nierentransplantation am Kantonsspital St. Gallen, unterschiedliche Fassungen, ca. 1981-1999

Zentralarchiv Universitätsspital Genf
A: Listes de Transplantations, Donneurs, Statistiques Swisstransplant 1974-1980
B: Unité d'immunologie de transplantation, Statistiques LNRH –Transplantations 1981-1986

Staatsarchiv Basel-Stadt
SD-REG 1b 6-1 (1): Gesundheitsdepartement, Rechtliche Aspekte der Organtransplantation 1970-1985
SD-REG 5a 0.69.0 (1) 2: Gesundheitsdepartement, Organtransplantation 1969-1973
SD-REG 5a 0.69.0 (2): Anzug H. Hofer und Konsorten; Anzug G. Eichenberger 1969-1973

Staatsarchiv Bern
Insel II 1022: Archiv des Inselspitals II, Abteilung für Transplantationschirurgie 1968-1994

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI): Vernehmlassungsantworten zum Vorentwurf des Transplantationsgesetzes, 1999/2000
Vernehmlassungsantwort Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie, 22.2.2000
Vernehmlassungsantwort Universitätsspital Zürich, 23.2.2000
Vernehmlassungsantwort Kantonsspital St. Gallen, 24.2.2000
Vernehmlassungsantwort Kantonsspital Baden, 25.2.2000
Vernehmlassungsantwort Trans-Hepar, Schweizerische Vereinigung der Lebertransplantierten, 26.2.2000
Vernehmlassungsantwort Universität Basel, Medizinische Fakultät, 28.2.2000

Vernehmlassungsantwort VENK, Verein der Eltern von nierenkranken Kindern, 29.2.2000

Publizierte Quellen

Becchi, Paolo (2004): Die »reine« Spende gibt es nicht, in: Schweizerischer Nationalfonds (Hg.), Die Zukunft der Transplantationsmedizin. Denkanstösse zu offenen Fragen, Nationales Forschungsprogramm 46: Implantate, Transplantate, Themenheft 4, Basel, S. 7-9.

Blankart, Charles B.; Christian Kirchner; Gilbert Thiel (2002): Transplantationsgesetz. Eine kritische Analyse aus rechtlicher, ökonomischer und ethischer Sicht, Aachen.

Bosc, A.; C. Schneiter (1993): Die Pflege eines hirntoten Patienten, in: Schweizerische Tagung der Transplantation, hg. von Sandoz-Wander Pharma AG, Bern, S. 14.

Brunner, Felix P.; Michel Jeannet (1984): Leichennierentransplantation und HLA-Typisierung in der Schweiz 1977-1981. Kombinierte Analyse von Swisstransplant und EDTA Registry, in: SMW 114, 52, S. 1951-1954.

Bundesamt für Gesundheit (2007): Transplantationsmedizin, Kampagne 2007, Das neue Transplantationsgesetz und Artikel 61 – Information der Bevölkerung, www.bag.admin.ch/transplantation/07175/07182/07183/index.html?lang=de [1.8.2011].

Candinas, Daniel (1997): Aktuelles zur Transplantationsmedizin und Organspende, in SÄZ, 20.8.1997, S. 1223.

Cook, Robin (1977): Coma. A Novel, Boston.

Dringenberg, Ulrike (1992): Organtransplantation. Ein praktischer Leitfaden für das Operationspersonal, mit einem Geleitwort von Prof. Dr. med. Jan Lerut, Bern, Göttingen.

Eidgenössisches Departement des Innern (2000): Bericht über die Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens zum Vorentwurf eines Transplantationsgesetzes, Bern November 2000.

Etienne, T.; O. Huber; G. Mentha; P. Meyer; C. Le Coultre (1987): Coordinateur de transplantation. Une nouvelle fonction, in: Médecine et Hygiene 45, S. 2830-2835.

Etienne, T.; D. Faltin; C. Goumaz; G. Mentha; N. Jornod; O. Huber; R. Megevand; A. Rohner; M. Jeannet; P. Suter (1991): Increases in Organ Donation Refusals and the Efficiency of a Transplant Program, in: Transplantation Proceedings 23, 5, S. 2558-2559.

Faltin, Daniel L.; Michel Jeannet; Peter M. Suter (1992): The decrease in organ donations from 1985 to 1990 caused by increasing medical contradictions and refusals by relatives, in: Transplantation 54, 1.7.1992, S. 85-88.

Foppa, Carlo (1992): Transplantation. Par delà le mythe du don, Folia Bioethica 7, hg. von der Schweizerischen Gesellschaft für biomedizinische Ethik, Genf.

Frei, D.; C. Irlé; M. Jeannet (1986): Immunologische Aspekte der Nierentransplantation, in: Therapeutische Umschau 43, 2, S. 133-137.

Frey, Isabel (1994): Organhandel. Altruismus oder Markt, Eine gesundheitsökonomische Analyse, Schriftenreihe der SGGP 39, Muri.

FSOD; SGI; Swisstransplant (2007): Vorschlag zur Organisation von Organ- und Gewebespenden in der Schweiz, Bern 18.5.2007, www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/Vorschlag_SWTx_Juni07-d.pdf [1.8.2011].

Gehrig, Daniel; Jerzy Friedlender; Jean-Marc Joseph; François Billaud, Guy van Melle; François Mosimann (1989): Organspende zur Transplantation. Meinungsumfrage in der waadtländischen Schwestern- und Ärzteschaft, in: SÄZ, 20.9.1989, S. 1591-1600.

Grete, Walter (1997): Der Organspenderausweis – eine Herausforderung für den Hausarzt, in: SÄZ, 20.8.1997, S. 1222.

Gross, Thomas; Ida Marguccio; Sebastiano Martinoli (2000): Attitudes of hospital staff involved in organ donation to the procedure, in: Transplant International 13, S. 351-356.

Gross, Thomas; Sebastiano Martinoli; Giulio Spagnoli; Franco Badia; Roberto Malacrida (2001): Attitudes and Behavior of Young European Adults Towards the Donation of Organs – a Call for Better Information, in: American Journal of Transplantation 1, S. 74-81.

Guillod, Olivier; Gabrielle Steffen (o.D.): Attribution d'organes en médecine de transplantation. Le choix préalable de la personne d'être donneur d'organes est-il un critère juridiquement admissible? Neuchâtel.

Gutzwiller, Felix; Dorothy Pfiffner (1994): Die Einstellung der Bevölkerung zur Organtransplantation, in: SÄZ 75, 24, S. 966-968.

Gutzwiller, Felix (1995): Die Bereitschaft zur Organspende in der Schweiz 1994, in SÄZ, 6.9.1995, S. 1433-1435.

Gutzwiller, Felix; Martin Schilling (1996): Einstellung zur Organtransplantation in der Schweiz 1995, in: SÄZ, 18.12.1996, S. 2079-2081.

Hinderling, Hans (1968): Die Transplantation von Organen als Rechtsproblem, in: SMW 98, 21, S. 773-777.

Hinderling, Hans (1969): Nochmals zur Frage der Zulässigkeit von Organübertragungen, in: Schweizerische Juristenzeitung 65, S. 234-238.

Hinderling, Hans (1979): Die Organtransplantation in der heutigen Sicht des Juristen, in: Schweizerische Juristenzeitung 75, 3, S. 37-43.

Imperatori, L.; C. Gachet; P. Eckert; R. Chioléro (2001): Dons d'organes et transplantation: qu'en pense les soignants?, in: Médecine et Hygiène 59, 2372, 12.12.2001.

Jeannet, M.; A. de Weck; P. C. Frei; P. Grob; B. Horisberger; G. Thiel (1969/70): A cooperative kidney typing and exchance program, in: Helvetica Medica Acta 35, S. 239-247.

Jeannet, M. (1979): Le rôle du système HLA en transplantation rénale et en transfusion sanguine, in: Les Groupes H.L.A., Rapports présentés au XLIIe Congrès français de médecin, Association des médecins de langue française, Liège 1979, Paris, S. 23-26.

Jeannet, M. (1987): Gesamtschweizerische Zusammenarbeit bei Spender-Typisierung und Organaustausch, in: SÄZ, 14.10.1987, S. 1843-1848.

Jonas, Hans (1985): Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung, Frankfurt a.M.

Kesselring, Annemarie (2002): Rencentres de personnels soignants avec des morts cérébraux et leur proches, in: Fonds national suisse (Hg.), Mort cérébrale et don d'organe. Programme national de recherche 46: Implants et transplants, Cahier à thèmes 1, Basel, S. 20-21.

Kiss, A.; I. Geiger; M. Kainz; B. Wössmer (2005): Transplantation und Explantation aus psychosomatischer Sicht, in: Therapeutische Umschau 62, 7, S. 502-508.

Kiss, Alexander; Petra Bischoff; Martina Kainz; Annemarie Kesselring (2007): The experience of relatives asked for organ donation, in: Swiss Medical Weekly 137, 2.3.2007, Supplementum 155: National Research Programme »Implants and Transplants« (NRP 46) 1999-2006, S. 128-131.

Laederach-Hofmann, K.; B. Isenschmid Gerster (1998): Wissen, Einstellungen und Bedenken von Studierenden der Medizin gegenüber der Organtransplantation. Resultate einer Fragebogenerhebung im ersten Studienjahr, in: SMW 128, S. 1840-1849.

Land, Walter (1995): Das Dilemma der Allokation von Spender-Organen. Die Verquickung eines therapeutischen Prinzips mit der Verteilung eines knappen kostbaren Gemeinguts, in: F.W. Albert, W. Land und E. Zwierlein (Hg.), Transplantationsmedizin und Ethik. Auf dem Weg zu einem gesellschaftlichen Konsens, Lengerich, S. 61-92.

Land, W.; J. B. Dossetor (Hg.) (1991): Organ Replacement Therapy. Ethics, Justice, Commerce, First Join Meeting of ESOT and EDTA/ERA, Munich December 1990, Berlin und Heidelberg.

Landmann, J. (1994): Geographische Aspekte der Allokation von Nierentransplantaten in der Schweiz, in: SMW 124, 36, S. 1581-1586.

Largiadèr, F.; E. Linder; G. Uhlschmid (1972): Nierentransplantation 1971. Chirurgisch-organisatorische Aspekte am Beispiel Zürich, in: SMW 27.5.1972, S. 721-725.

Largiadèr, Felix (1976): 10 Jahre Nierentransplantation. Eigene Erfahrungen, in: Zentralblatt für Chirurgie 17, S. 1063-1069.

Largiadèr, Felix (1987): Organspende und Organtransplantation – Entwicklungen und Erwartungen, in: SÄZ, 14.10.1987, S. 1824f.

Largiadèr, F.; P. Buchmann; M. Decurtis; K. Schneider; M. Turina (1987): Organtransplantation 1986 am Beispiel Zürich, in: Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis) 76, 41, S. 1129-1133.

Largiadèr, Felix; Daniel Candinas; Heinrich Honsell (Hg.) (1999): Tod, Hirntod, Organentnahme. Ethische, gesellschaftliche und medizinische Aspekte einer zukünftigen Transplantationsgesetzgebung, Vorträge des Erlengut-Symposiums 1997, Zürich.

Leutenegger, A.; S.-Y. Oh; A. Frutiger (1982): Hirntoddiagnose und Organspende, in: SMW 112, S. 864-866.

Lichtenhahn, P.; A. Bissat; A. Meyenberg; P. Aeberhard (1992): Die Multiorganentnahme aus der Perspektive des nicht-transplantierenden Spitals. Aufwand, Ertrag, Probleme, in: Helvetica Chirurgica Acta 59, S. 623-630.

Margreiter, R.; P. Mc Master (1993): Optimaler Einsatz der verfügbaren Organe, in: Schweizerische Tagung der Transplantation, hg. von Sandoz-Wander Pharma AG, Bern, S. 10.

Martinoli, S. (1993): Die Multiorganentnahme im nicht universitären Spital, in: Schweizerische Tagung der Transplantation, hg. von Sandoz-Wander Pharma AG, Bern, S. 16.

Martinoli, S. (1999): Argumente für eine Zustimmungslösung, in: Felix Largiadèr, Daniel Candinas und Heinrich Honsell (Hg.), Tod, Hirntod, Organentnahme. Ethische, gesellschaftliche und medizinische Aspekte einer zukünftigen Transplantationsgesetzgebung, Vorträge des Erlengut-Symposiums 1997, Zürich, S. 53-56.

Morel, Ph. (1999): Argumente für eine Widerspruchslösung, in: Felix Largiadèr, Daniel Candinas und Heinrich Honsell (Hg.), Tod, Hirntod, Organentnahme. Ethische, gesellschaftliche und medizinische Aspekte einer zukünftigen Transplantationsgesetzgebung, Vorträge des Erlengut-Symposiums 1997, Zürich, S. 57-60.

Mosimann, F. (1987): Le don d'organes pour transplantation, in: Revue médicale de la Suisse romande 107, 1987, S. 421-426.

Mosimann, F.; D. Gehrig; J. Friedlender; J.-M. Joseph; F. Billaud; G. van Melle (1990): Organ Donation. Opinion Poll of the Medical Community in the Canton of Vaud, Switzerland, in: Transplantation Proceedings 22, 4, S. 2080-2081.

Mosimann, F. (1993): Die Organspende – Resultate von zwei Studien, in: Schweizerische Tagung der Transplantation, hg. von Sandoz-Wander Pharma AG, Bern, S. 18.

Mosimann, F.; A. Cepleanu (1997): Reluctance in Organ Donation. A Plea to Re-Target The Information Campaigns, in: Transplantation Proceedings 29, S. 2433-2434.

Muller, Denis (1993): Ethische Überlegungen, in: Schweizerische Tagung der Transplantation, hg. von Sandoz-Wander Pharma AG, Bern, S. 13.

Müller-Nienstedt, Hans-Rudolf (1996): Geliehenes Leben. Tagebuch einer Transplantation, Zürich/Düsseldorf.

Müller-Nienstedt, Hans-Rudolf (2000): Geliehenes Leben. Konsequenzen und Forderungen aus Organtransplantationen, in: Helga Egner (Hg.), Psyche und Transzendenz im gesellschaftlichen Spannungsfeld heute, Zürich/Düsseldorf, S. 125-153.

Nett, Philipp C.; Georg Stüssi; Markus Weber; J. D. Seebach (2003): Transplantationsmedizin. Strategien gegen den Organmangel, in: Schweizerisches Medizinisches Forum 24, 11.6.2003, S. 559-568.

Nordmann, Yves (1997): Will die SAMW Organentnahmen bei Sterbenden zulassen?, in: SÄZ, 9.7.1997, S. 1072-1075.

Pichlmayr, Rudolf (1991): Ethische und juristische Fragen aus transplantationschirurgischer Sicht, in: Richard Toellner (Hg.), Organtransplantation – Beiträge zu ethischen und juristischen Fragen, Stuttgart, S. 21-25.

Reho, I.; G. Noll; F. T. Ruschitzka; E. Oechslin; A. Künzli; R. Prêtre; M. Genoni; T. F. Lüscher (2005): Die Herztransplantation in der Schweiz 1969 bis 2003, in: Kardiovaskuläre Medizin 8, S. 219-225.

SAMW (1989): Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, Basel.

Scheidegger, D. (1993): Definition des Hirntods, in: Schweizerische Tagung der Transplantation, hg. von Sandoz-Wander Pharma AG, Bern, S. 11.

Schlumpf R.; M. Weber; T. Weinreich; H. Klotz; A. Zollinger; D. Candinas (1995): Transplantation of kidneys from non-heart-beating donors. An update, in: Transplant Proceedings 27, S. 2942-2944.

Schlumpf, R.; D. Candinas; G. Mentha; F. Mosimann; D. Segle; C. Seiler; P. Vogelbach; W. Weder; Ph. Morel (1996): Effizienz der Austauschregeln in einer 7 Mio Nation, in: Langenbecks Archiv für Chirurgie Suppl II (Kongressbericht), S. 405-409.

Schneider, Pia (1994): Herztransplantationen aus gesundheitsökonomischer und gesundheitspolitischer Sicht. Sollen am Kantonsspital Basel Herztransplantationen durchgeführt werden? Muri.

Schulz, Peter J.; Kent Nakamoto; David Brinberg; Joachim Haes (2006): More than nation and knowledge. Cultural micro-diversity and organ donation in Switzerland, in: Patient Education and Counseling 64, S. 294-302.

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2010): Erste Entscheide in der Planung der hochspezialisierten Medizin, Medienmitteilung, Bern 28.5.2010.

Schweizerische Tagung der Transplantation (1993), hg. von Sandoz-Wander Pharma AG, Bern.

Seiler, Christian A.; Petra Bischoff; Philipp C. Nett; Daniel Candinas (2006): Abnehmende Organspendebereitschaft als nationales Problem. Im Engagement liegt der Lösungsansatz, in: SÄZ 87, 4, S. 143-150.

Sitter-Liver, Beat (2003): Gerechte Organallokation. Ethisch-philosophische Überlegungen zur Verteilung knapper medizinischer Güter in der Transplantationsmedizin, Studie zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Bern 15.9.2003.

Stevenson, Robert Louis (1924): The Body Snatcher, in: The Works of Robert Louis Stevenson, Tusitala Edition, Band 11, London.

Suter, P. (1987): Transplantation d'organes en 1987. Un succès grâce à l'approche pluridisciplinaire, in: Médecine et Hygiene 45, S. 2803-2805.

Sutter, R. (1993): Kosten und Nutzen der Transplantationsmedizin, in: Schweizerische Tagung der Transplantation, hg. von Sandoz-Wander Pharma AG, Bern, S. 17.

Thiel, G. (1970): Nierentransplantation in der Schweiz, in: SMW 100, 37, S. 1551-1556.

Thiel, G. (1999): Optionen zur Regelung der Organentnahme bei Verstorbenen, in: Felix Largiadèr, Daniel Candinas und Heinrich Honsell (Hg.), Tod, Hirntod, Organentnahme. Ethische, gesellschaftliche und medizinische Aspekte einer zukünftigen Transplantationsgesetzgebung, Vorträge des Erlengut-Symposiums 1997, Zürich, S. 47-51.

Thiel, Gilbert T. (2004): Nieren-Lebendspende im Grenzgebiet von Klinik, Ethik und Recht – Kodex für den Umgang mit Lebendspendern, Manuskript zu Vortrag gehalten auf Einladung der Europäischen Akademie in Berlin (Dezember 2004), SAMW-Archiv.

Töndury, Tönet (1997): Leben – Sterben – Tod. Wo sind die Grenzen?, in: SÄZ, 3.9.1997, S. 1297-1298.

Wäfler, Karin (2009): Ein Vorzeigebeispiel für Kampagnenwirkung, in: Swisstransplant News 5, September 2009, S. 6-7.

Wight, C. (1993): EDHEP European Donor Hospital Education Programme, in: Schweizerische Tagung der Transplantation, hg. von Sandoz-Wander Pharma AG, Bern, S. 15.

Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung, Bundesamt für Gesundheit und Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung wissenschaftlicher Forschung (2001): Bericht des Bürgerpanels, Februar 2001.

Ziegler, Jean (1977): Die Lebenden und der Tod, Darmstadt.

Jahresberichte

Departement für Chirurgie der Universität Basel, Kantonsspital, Jahresberichte 1971, 1973, 1974, 1979, 1988, 1991/92

Kids Kidney Care, Jahresbericht 1998, www.kidskidneycare.org/de/portrait/jahresberichte/1998.htm [1.1.2012]

Inselspital Bern, Jahresberichte 1977, 1985, 1990
Swisstransplant, Jahresberichte 1996, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005
Universitätsspital Zürich, Jahresberichte 1967, 1969, 1970, 1975, 1982, 1986, 1987, 1991, 1992

Zeitungen und Zeitschriften
Aargauer Tagblatt
Aargauer Zeitung
Badener Tagblatt
Basler Nachrichten
Basler Zeitung
Basler Zeitung Magazin
Berner Zeitung
Blick
Bündner Zeitung
Cash
Coop-Zeitung
Der Bund
Der Landbote
Der Rheintaler
Der Schweizerische Beobachter
Der Tagesspiegel
Der öffentliche Dienst VPOD
Der Zürcher Oberländer
Die Ostschweiz
Die Südostschweiz
Die Tat
Dreiland-Zeitung
Facts
Frankfurter Allgemeine Zeitung
Israelitisches Wochenblatt
Krankenpflege
La Suisse
Le Nouveau Quotidien
Le Temps
Les As de Coeur News
Luzerner Neueste Nachrichten
Luzerner Zeitung
Médecine et Hygiène
National-Zeitung
Neue Luzerner Zeitung
Neue Zürcher Zeitung

Neue Zürcher Zeitung Folio
NZZ am Sonntag
Oltener Tagblatt
Optima
Regionalzeitung/Anzeiger von Uster
Re-naissance
Rheintalische Volkszeitung
Sandoz Bulletin
Sandoz Gazette
Schaffhauser Nachrichten
Schweizer Familie
Schweizer Illustrierte
Schweizerische Ärztezeitung
Schweizerische Medizinische Wochenschrift
Sonntags-Blick
Sonntags-Zeitung
SOS torture
St. Galler Tagblatt
Süddeutsche Zeitung
Tages-Anzeiger
Tagwacht
Tele
Thurgauer Zeitung
Tribune de Genève
VSAO Bulletin
Vorwärts
Walliser Bote
Weltwoche
Wochenzeitung
Zürichsee-Zeitung

Entscheidungen des Schweizerischen Bundesgerichts
BGE 98 Ia 508 (Gross)
BGE 101 II 177 (Gautschi)

Dokumente des Schweizerischen Bundesrates
Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zu einem Beschluss über die Kontrolle von Blut, Blutprodukten und Transplantaten, 1.3.1995, in: Bundesblatt II, 1995.
Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zu einer Verfassungsbestimmung über die Transplantationsmedizin, 23.4.1997.

Schweizerischer Bundesrat, Botschaft zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz), 12.9.2001

Dokumentation der eidgenössischen Räte

Interpellation Dirren »Organentnahme und Organtransplantation« vom 5.10.1984, Nr. 84.473, in: Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 1984, Band IV, S. 1431-1432.

Postulat Jelmini »Therapeutische Transplantationen« vom 6.10,1989, Nr. 89.69, in: Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 1990, Band II, S. 186-188.

Einfache Anfrage Wittenwiler »Organhandel – auch in der Schweiz?« vom 8.12.1993, Nr. 93.1100, in: Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 1994, Band I, S. 690.

Motion Onken »Verbot des Handels mit menschlichen Organen« vom 7.12.1993, Nr. 93.3573, in: Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 1994, Band III, S. 868-869.

Motion Huber »Gesetzgebung Transplantationsmedizin« vom 28.2.1994, Nr. 94.3052, in: Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 1994, Band III, S. 869-871.

Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 1994, Band III, Herbstsession Ständerat, Sitzung 4, 22.9.1994.

Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 1995, Band IV, Herbstsession Nationalrat, Sitzung 8, 28.9.1995.

Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 2004, Sommersession Ständerat, Sitzung 2, 2.6.2004.

Dokumentation des Zürcher Kantonsrates

Motion von Martin Ott »gesetzliche Bestimmungen über den Umgang und Einsatz von menschlichen Organen zur Transplantation« vom 7.3.1994, KR-Nr. 74/1994.

Anfrage von Béatrice La Roche-Kronauer und Thomas Huonker »Organentnahmen, Organimporte und Organtransplantationen im Kanton Zürich« vom 27.3.1995, KR-Nr. 92/1995.

Dringliche Interpellation von Martin Ott »Verfahren bei Organentnahmen im Kanton Zürich« vom 15.5.1995, KR-Nr. 113/1995.

Internetseiten

www.bag.admin.ch/transplantation/00694/00726/01350/index.html?lang=de [1.1.2012]

www.bag.admin.ch/transplantation/00694/01739/11989/index.html?lang=de [1.10.2015]

www.novaria.ch [1.1.2012]
www.tackers.org [1.8.2011]

Sendungen des Schweizer Fernsehens

Rundschau vom 21.1.1970, www.videoportal.sf.tv/video?id=258ee2df-0b59-4779-b6d5-456f1ca59b53 [1.1.2012]

10 vor 10 vom 16.2.1993

Rundschau vom 12.4.1995, www.videoportal.sf.tv/video?id=fdb6fef9-b6f4-4edd-b7ac-c32788862cec [1.1.2012]

Reportage Schweiz vom 27.10.1996, www.videoportal.sf.tv/video?id=3950beb4-b0a2-4b42-9739-0dab6b056c89 [1.1.2012]

10 vor 10 vom 25.2.1998, www.videoportal.sf.tv/video?id=3211b44c-4eae-441c-847f-e4d91bbb650b [1.1.2012]

Puls vom 4.2.1999, www.videoportal.sf.tv/video?id=848a2f6e-2f30-401f-84fc-23972638f688 [1.1.2012]

Tagesschau vom 22.11.2000, www.videoportal.sf.tv/video?id=c84c9117-a9bf-4b79-8821-03cd54f534b5 [1.1.2012]

10 vor 10 vom 2.5.2001, www.videoportal.sf.tv/video?id=becf30ac-90cd-40c1-b8c0-f9f4d4960c14 [1.1.2012]

Filme und Fernsehserien

Coma (USA 1978, R: Michael Crichton)

Ein neues Leben für Regula, (Schweiz 1992, R: Hannes Stark)

Fleisch (BRD 1979, R: Rainer Erler)

Organspende – von einem Leben zum andern (Schweiz 1996, Autorin: Barbara Rady-Rupf, eine Produktion der InfoMedia in Zusammenarbeit mit Swisstransplant und Sandoz Pharma AG, VHS-Video, Zürich)

Schwarzwaldklinik, Folge 67: Sturz mit Folgen (BRD 1989, R: Hans-Jürgen Tögel)

Schwarzwaldklinik, Folge 68: Nierenspende (BRD 1989, R: Hans-Jürgen Tögel)

Schwarzwaldklinik, Folge 69: Transplantation (BRD 1989, R: Hans-Jürgen Tögel)

Tatort, Folge 21: Rechnen sie mit dem Schlimmsten (BRD 1972, R: Peter Schulze-Rohr)

Tatort, Folge 347: Der Entscheider (Deutschland 1996, R: Martin Buchhorn)

Tatort, Folge 539: Leyla (Deutschland 2003, R: Martin Weinhart)

Tatort, Folge 792: Leben gegen Leben (Deutschland 2011, R: Nils Willbrandt)

Traitement de choc (Frankreich 1972, R: Alain Jessua)

Literaturverzeichnis

Ach, Johann S.; Christa Runtenberg (2002): Bioethik. Disziplin und Diskurs, Zur Selbstaufklärung angewandter Ethik, Frankfurt a.M.

Ach, Johann S.; Michael Anderheiden; Michael Quante (2000): Ethik der Organtransplantation, Erlangen.

Althusser, Louis (1977): Ideologie und ideologische Staatsapparate. Aufsätze zur marxistischen Theorie, Hamburg, Berlin.

Ambagtsheer, Frederike (2011): The Black Market in Human Organs, in: Nils Gilman, Jesse Goldhammer und Steven Weber (Hg.), Deviant Globalization, Black Market Economy in the 21st Century, New York, S. 73-82.

Anderson, Benedict (1996): Die Erfindung der Nation. Zur Karriere eines erfolgreichen Konzepts, Frankfurt a.M.

Anz, Thomas (1998): Literatur und Lust. Glück und Unglück beim Lesen, München.

Bak-Jensen, Soren (2008): To Share or not to Share? Institutional Exchange of Cadaver Kidneys in Denmark, in: Medical History 52, S. 23-46.

Baker, Robert (1993): The history of medical ethics, in: W.F. Bynum und Roy Porter (Hg.), Companion Encyclopedia of the History of Medicine, London/ New York, S. 852-887.

Barandun Schäfer, Ursi (2006): Von »halben Ärzten« zu ganzen Intensivpflegenden. Die Weiterbildung in Intensivpflege als Beispiel für die berufliche Emanzipation, in: Sabine Braunschweig (Hg.), Pflege – Räume, Macht und Alltag. Beiträge zur Geschichte der Pflege, Zürich, S. 129-139.

Barnard, Christiaan (1994): Das zweite Leben. Erinnerungen des weltberühmten Herzchirurgen, München.

Bates, A. W. (2010): The Anatomy of Robert Knox. Murder, Mad Science and Medical Regulation in Nineteenth-Century Edinburgh, Brighton.

Baureithel, Ulrike; Anna Bergmann (1999): Herzloser Tod. Das Dilemma der Organspende, Stuttgart.

Begenau, Jutta; Cornelius Schubert; Werner Vogel (2005): Medizinsoziologie der ärztlichen Praxis. Szenarien, Fälle, Theorien, Bern.

Bellanger, Silke (2006): »Also es war nicht so, dass das irgendwie organisiert ablief (...).« Zu Hirntod und Organtransplantation in der klinischen Praxis der 1960er und 1970er Jahre, in: Alexandra Manzei und Werner Schneider (Hg.), Transplantationsmedizin. Kulturelles Wissen und gesellschaftliche Praxis, Darmstädter Interdisziplinäre Beiträge 11, Münster, S. 99-124.

Bellanger, Silke; Aline Steinbrecher (2002a): Der Hirntod wird zum guten Tod. Geschichte des Hirntodes in der Schweiz von 1960 bis 2000, Teil II, in: Praxis, Schweizerische Rundschau für Medizin 91, 46, S. 2004-2008.

Bellanger, Silke; Aline Steinbrecher (2002b): Der Hirntod zieht weite Kreise. Geschichte des Hirntodes in der Schweiz, Teil III, in: Praxis, Schweizerische Rundschau für Medizin 91, 47, S. 2059-2063.

Bellanger, Silke; Aline Steinbrecher (2004): Erzählte Geschichte(n). Der Hirntod aus der Sicht der Akteure, in: Praxis, Schweizerische Rundschau für Medizin 93, 33, S. 1328-1334.

Bellanger, Silke; Aline Steinbrecher (2005): »Der Tod wird nicht von einer Maschine entschieden.« Hirntoddiagnostik in der Schweiz von 1960 bis 2000, in: Barbara Orland (Hg.), Artifizielle Körper – lebendige Technik. Technische Modellierungen des Körpers in historischer Perspektive, Interferenzen – Studien zur Kulturgeschichte der Technik 9, Zürich, S. 129-144.

Bellanger, Silke; Aline Steinbrecher (2006): Addressing Uncertainties. The Conceptualisation of Brain Death in Switzerland 1960-2000, in: Thomas Schlich und Ulrich Tröhler (Hg.), The Risks of Medical Innovation. Risk Perception and Assessment in Historical Context, Oxon/New York, S. 204-224.

Bellanger, Silke; Aline Steinbrecher; Sibylle Obrecht (2002): Von Herzen und Hirnen. Geschichte des Hirntodes in der Schweiz von 1960 bis 2000, Teil I, in: Praxis, Schweizerische Rundschau für Medizin 91, 45, S. 1949-1957.

Bellanger, Silke; Aline Steinbrecher; Ulrich Tröhler (2004): Neue Unsicherheiten des Todes. Diskussionen um den Hirntod in der Schweiz in den 1960er Jahren, in: Alberto Bondolfi, Ulrike Kostka und Kurt Seelmann (Hg.), Hirntod und Organspende, Ethik und Recht 1, Basel, S. 11-25.

Benedict, Barbara (2004): The Mad Scientist. The Creation of a Literary Stereotype, in: R.C. Leitz und K. L. Cope (Hg.), Imagining the Sciences. Expressions of New Knowledge in the »Long« Eighteenth Century, New York, S. 59-107.

Bennett, Gillian (2005): Bodies. Sex, Violence, Disease, and Death in Contemporary Legend, Jackson.

Bergmann, Anna (2000): Zerstückelter Körper – Zerstückelter Tod. Zur Dekonstruktion des Todes durch die Transplantationsmedizin, in: Andreas Hölscher und Rainer Kampling (Hg.), Keine Antworten. Reflexionen über Sterben und Tod, Berlin, S. 189-217.

Bergmann, Anna (2004): Der entseelte Patient. Die moderne Medizin und der Tod, Berlin.

Bergmann, Anna (2005): An den Grenzen des Lebens. Die anatomische Konzeption vom »Körper-Menschen« und Tabubrüche in der Transplantationsmedizin, in: Die Philosophin 16, 31, Dezember 2005, S. 55-68.

Bondolfi, Alberto (Hg.) (2003): Hirntod und Organspende, Basel.

Borck, Cornelius (1996): Anatomie medizinischer Erkenntnis. Der Aktionsradius der Medizin zwischen Vermittlungskrise und Biopolitik, in: ders.

(Hg.), Anatomien medizinischen Wissens. Medizin, Macht, Moleküle, Frankfurt a.M., S. 9-52.
Bösch, Frank; Norbert Frei (Hg.) (2006): Medialisierung und Demokratie im 20. Jahrhundert, Göttingen.
Bourdieu, Pierre (1987): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft, Frankfurt a.M.
Bourdieu, Pierre (1992): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital, in: ders., Die verborgenen Mechanismen der Macht, Hamburg.
Bourdieu, Pierre (1993a): Soziologische Fragen, Frankfurt a.M.
Bourdieu, Pierre (1993b): Über einige Eigenschaften von Feldern, in: ders., Soziologische Fragen, Frankfurt a.M., S. 107-114.
Bourdieu, Pierre (1997): Zur Genese der Begriffe Habitus und Feld, in: ders., Der Tote packt den Lebenden, Hamburg, S. 59-78.
Bourdieu, Pierre (1998): Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns, Frankfurt a.M.
Bourke, Joanna (2005): Fear. A Cultural History, London.
Brednich, Rolf Wilhelm (1991): Die Maus im Jumbo-Jet. Neue sagenhafte Geschichten von heute, München.
Brednich, Rolf Wilhelm (1994): Sagenhafte Geschichten von heute, München.
Brednich, Rolf Wilhelm (1996): Das Huhn mit dem Gipsbein. Neueste sagenhafte Geschichten von heute, München.
Breger, Claudia, Irmela Krüger-Fürhoff und Tanja Nusser (2008): Engineering Life. Wissen und Narration im Zeitalter der Biotechnologie, in: Claudia Breger, Irmela Krüger-Fürhoff und Tanja Nusser (Hg.), Engineering Life. Narrationen vom Menschen in Biomedizin, Kultur und Literatur, Berlin, S. 7-18.
Brink, Cornelia (2001): »Ein jeder Mensch stirbt als dann erst, wenn er lange zuvor schon gestorben zu seyn geschienen hat«. Der Scheintod als Phänomen einer Grenzverschiebung zwischen Leben und Tod 1750-1810, in: Rolf Wilhelm Brednich, Annette Schneider und Ute Werner (Hg.), Natur – Kultur. Volkskundliche Perspektiven auf Mensch und Umwelt, Münster, S. 469-479.
Bröckling, Ulrich (2009): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform, Frankfurt a.M.
Brunvand, Jan Harold (1981): The Vanishing Hitchhiker. American Urban Legends And Their Meaning, New York.
Brunvand, Jan Harold (1994): The Baby Train and Other Lusty Urban Legends, New York.
Butler, Judith (2001): Psyche der Macht. Das Subjekt der Unterwerfung, Frankfurt a.M.

Callon, Michel (1995): Four Models for the Dynamics of Science, in: S. Jasanoff, G.E. Markle, J.C. Petersen und T.J. Pinch (Hg.), Handbook of Science and Technology Studies, Thousand Oaks/London, S. 29-63.

Campion-Vincent, Véronique (2001): On Organ Theft Narratives, in: Current Anthropology 42, 4, August-Oktober 2001, S. 555-556.

Campion-Vincent, Véronique (2002): Organ Theft Narratives as Medical and Social Critique, in: Journal of Folklore Research 9, 1, S. 33-50.

Campion-Vincent, Véronique (2005): Organ Theft Legends, Jackson.

Chenaux, Jean-Philippe (2000): Transplantation d'organes. Sauver des vies, histoire, coûts, résultats, éthique, législations, menaces centralisatrices, Lausanne.

Dumoulin, Jean-François (1998): Organtransplantation in der Schweiz. Das Recht am Scheideweg zwischen Leben und Tod, Bern.

Eckart, Wolfgang Uwe; Robert Jütte (2007): Medizingeschichte. Eine Einführung, Köln.

Eckert, Yvonne (2003): If you fail, try again. Fail better. Die Umstände der ersten Herztransplantation in der Schweiz 1960-1969, unpublizierte Lizentiatsarbeit, Zürich.

Evans, Dylan (2002): Wörterbuch der Lacanschen Psychoanalyse, Wien.

Fach, Wolfgang; Rebecca Pates (2006): Entgrenztes Eigentum. Vom Lebensmittel zum Organhandel, in: Comparativ 16, 5/6, S. 71-83.

Faden, Ruth R. und Tom L. Beauchamp (1986): A History and Theory of Informed Consent, New York.

Feuerstein, Günter (1995): Das Transplantationssystem. Dynamik, Konflikte und ethisch-moralische Grenzgänge, Weinheim und München.

Feuerstein, Günter (1996): Body-Recycling-Managment. Über ethisch-moralische Konflikte der Organtransplantation, die technische Inszenierung des Handelns, Medien der Systembeobachtung und die Neuformierung sozialer Orientierungsmuster, in: Bernward Joerges (Hg.), Körper-Technik. Aufsätze zur Organtransplantation, Berlin, S. 63-138.

Feyerabend, Erika; Petra Gehring (1996): Durchbruch zum »normativ« beendbaren Sterbeprozess, in: Olympe, Feministische Arbeitshefte zur Politik 5, September 1996, S. 84-90.

Foppa, Carlo (1992): Transplantation: Par delà le mythe du don, hg. von der Schweizerischen Gesellschaft für biomedizinische Ethik, Genf.

Foucault, Michel (1981): Archäologie des Wissens, Frankfurt a.M.

Foucault, Michel (1983): Der Wille zum Wissen (Sexualität und Wahrheit, Band 1), Frankfurt a.M.

Foucault, Michel (1999): In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège de France (1975-1976), Frankfurt a.M.

Foucault, Michel (2001a): Die Ordnung des Diskurses, Frankfurt a.M.

Foucault, Michel (2001b): Antwort auf eine Frage, in: ders., Schriften in vier Bänden, Dits et Ecrits, Bd. 1, 1954-1969, hg. von Daniel Defert und François Ewald, Frankfurt a.M., S. 859-886.
Foucault, Michel (2002): Nietzsche, die Genealogie, die Historie, in: ders., Schriften in vier Bänden, Dits et Ecrits, Bd. 2, 1970-1975, hg. von Daniel Defert und François Ewald, Frankfurt a.M., S. 166-191.
Foucault, Michel (2003a): Das Spiel des Michel Foucault (Gespräch), in: ders., Schriften in vier Bänden, Dits et Ecrits, Bd. 3, 1976-1979, hg. von Daniel Defert und François Ewald, Frankfurt a.M., S. 391-429.
Foucault, Michel (2003b): Die Geburt der Biopolitik, in: ders., Schriften in vier Bänden, Dits et Ecrits, Bd. 3, 1976-1979, hg. von Daniel Defert und François Ewald, Frankfurt a.M., S. 1020-1028.
Foucault, Michel (2004a): Geschichte der Gouvernementalität I. Sicherheit, Territorium, Bevölkerung, Vorlesung am Collège de France 1978-1979, Frankfurt a.M.
Foucault, Michel (2004b): Geschichte der Gouvernementalität II. Die Geburt der Biopolitik, Vorlesung am Collège de France 1977-1978, Frankfurt a.M.
Fox, Renée C.; Judith P. Swazey (1974): The Courage to Fail. A Social View of Organ Transplants and Dialysis, Chicago.
Fox, Renée C.; Judith P. Swazey (1992): Spare Parts. Organ Replacements in American Society, New York.
Freud, Sigmund (2000): Das Unheimliche, in: ders., Studienausgabe, Band IV, hg. von Alexander Mitscherlich, Angela Richards und James Strachey, Frankfurt a.M., S. 241-274.
Frevert, Ute (2003): Vertrauen – eine historische Spurensuche, in: dies. (Hg.), Vertrauen. Historische Annäherungen, Göttingen, S. 7-66.
Friese, Heidrun (2004): Cultural studies – Forschungsfelder und Begriffe, in: Friedrich Jaeger und Jürgen Straub (Hg.), Handbuch der Kulturwissenschaften, Band 2: Paradigmen und Disziplinen, Stuttgart, S. 467-485.
Frow, John (1997): Time & Commodity Culture. Essays in Cultural Theory and Postmodernity, Oxford.
Gassmann, Christoph; Peter Vorderer; Werner Wirth (2003): Ein Herz für die Schwarzwaldklinik? Zur Persuasionswirkung fiktionaler Fernsehunterhaltung am Beispiel der Organspende-Bereitschaft, in: Medien und Kommunikationswissenschaft 51, 3-4, 2003, S. 478-496.
Gehring, Petra (2006): Was ist Biomacht? Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens, Frankfurt a.M.
Gehring, Petra (2007): Vom tabuisierten zum begehrten Objekt. Über den neuen Wert der Leiche, in: Dominik Gross, Andrea Esser, Hubert Knoblauch und Brigitte Tag (Hg.), Tod und toter Körper. Der Umgang mit dem Tod und der menschlichen Leiche am Beispiel der klinischen Obduktion, Kassel, S. 33-44.

Gehring, Petra (2008): Bio-Politik/Bio-Macht, in: Clemens Kammler, Rolf Parr und Ulrich Johannes Schneider (Hg.), Foucault Handbuch. Leben – Werk – Wirkung, Stuttgart, S. 230-232.

Gehring, Petra (2012): Fragliche Expertise. Zur Etablierung von Bioethik in Deutschland, in: Michael Hagner (Hg.), Wissenschaft und Demokratie, Berlin, S. 112-139.

Geisler, Linus (2004): Organlebendspende. Routine – Tabubrüche – Systemtragik, in: Universitas 59, 702, S. 1214-1225.

Gieryn, Thomas F. (1983): Boundary-work and the demarcation of science from non-science. Strains and interests in professional ideologies of scientists, in: American Sociological Review 48, S. 781-795.

Gieryn, Thomas F. (1999): Cultural Boundaries of Science. Credibility on the line, Chicago and London.

Giese, Constanze (2002): Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit. Das Modell des »Informed consent« in der Diskussion, Münster.

Goldstuck, Arthur (1993): The Leopard in the Luggage. Urban Legends from Southern Africa, Johannesburg.

Gombrich, Ernst H. (1984): Das Arsenal des Karikaturisten, in: Gerhard Langemeyer und Monika Arndt (Hg.), Bild als Waffe. Mittel und Motive der Karikatur in fünf Jahrhunderten, München, S. 384-401.

Gradinger, Sebastian (2007): Service Clubs. Zur Institutionalisierung von Solidarität und Sozialkapital, Saarbrücken.

Groebner, Valentin (2005): Körper auf dem Markt. Söldner, Organhandel und die Geschichte der Körpergeschichte, in: Mittelweg 36, 6, 14, S. 69-84.

Groebner, Valentin (2007): Fleisch und Blut, Haut und Haar. Vermarktete Körperteile historisch, in: Mittelweg 36, 6, 16, S. 58-73.

Groebner, Valentin (2008): Der menschliche Körper als Ware im Europa der Frühen Neuzeit, in: Andreas Exenberger und Josef Nussbaumer (Hg.), Von Körpermärkten, Innsbruck, S. 27-38.

Groebner, Valentin (2009): Fleischmarkt. Reden über den menschlichen Körper als Ware, Referat an der Bauhaus-Universität in Weimar vom 4.2.2009, unpubliziert.

Groebner, Valentin (2010): Der Körper des Toten als Rohstoff – Schreckensgeschichten und ihre historischen Vorbilder, in: Brigitte Tag und Dominik Gross (Hg.), Der Umgang mit der Leiche. Sektion und toter Körper in internationaler und interdisziplinärer Perspektive, Frankfurt a.M., S. 355-369.

Groebner, Valentin (2011): Menschenbilder auf dem Fleischmarkt. Seit wann ist der menschliche Körper eine Ware?, in: Ethik in der Medizin 23, 1, S. 5-14.

Gruberski, Thomas (2011): Das Kommerzialisierungsverbot im Bereich der Organspende. Dargestellt am Beispiel der Regelung im schweizerischen Transplantationsgesetz, Basel.

Hamilton, David (2012): A History of Organ Transplantation. Ancient Legends to Modern Practice, Pittsburgh.
Hauser-Schäublin, Brigitta; Vera Kalitzkus; Imme Petersen; Iris Schröder (2001): Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland, Frankfurt a.M.
Haynes, Roslynn D. (1994): From Faust to Strangelove. Representations of the Scientist in Western Literature, Baltimore/London.
Heinen, Armin (2010): Vom Nutzen und Nachteil der »dienstbaren Leiche« für die Toten und Lebenden. Ein Ideenskelett, in: Dominik Gross und Jasmin Grande (Hg.), Objekt Leiche. Technisierung, Ökonomisierung und Inszenierung toter Körper, Frankfurt a.M., S. 429-451.
Hepp, Andreas (1999): Cultural Studies und Medienanalyse. Eine Einführung, Opladen.
Herrmann, Beate (2006): Body Shopping? Der Körper zwischen Unverfügbarkeit und Vermarktung, in: Simone Ehm und Silke Schicktanz (Hg.), Körper als Maß? Biomedizinische Eingriffe und ihre Auswirkungen auf Körper- und Identitätsverständnisse, Stuttgart, S. 207-224.
Hipfl, Brigitte (2008): Inszenierung des Begehrens. Zur Rolle der Fantasien im Umgang mit Medien, in: Andreas Hepp und Rainer Winter (Hg.), Kultur – Medien – Macht. Cultural Studies und Medienanalyse, Wiesbaden, S. 139-154.
Hitchcock, Susan Tyler (2007): Frankenstein. A Cultural History, New York.
Hofer, Pascal (2006): Das Recht der Transplantationsmedizin in der Schweiz. Rechtsdogmatische, rechtpolitische und rechtsvergleichende Aspekte, Köln.
Imhof, Kurt (2006): Mediengesellschaft und Medialisierung, in: Medien & Kommunikationswissenschaft 2, S. 191-215.
Joerges, Bernward (1996): Einleitung. Sterben und Leben Just in Time?, in: ders. (Hg.), Körper-Technik, Aufsätze zur Organtransplantation, Berlin, S. 9-19.
Jonas, Hans (1987): Gehirntod und menschliche Organbank. Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes, in: ders., Technik, Medizin und Ethik, Praxis des Prinzips Verantwortung, Frankfurt a.M., S. 219-241.
Joralemon, Donald (1995): Organ Wars. The Battle for Body Parts, in: Medical Anthropology Quarterly 9, 3, S. 335-356.
Jütte, Robert (2004): Antihippokraten sind unterwegs, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 15.11.2004, S. 37.
Junge, Torsten (2001): Die Okkupation des Fleisches. Konstitution des Selbst im Zeitalter der Transplantationsmedizin, Eitorf.
Junge, Torsten (2008): Gouvernementalität der Wissensgesellschaft. Politik und Subjektivität unter dem Regime des Wissen, Bielefeld.

Kalitzkus, Vera (2003a): Leben durch den Tod. Die zwei Seiten der Organtransplantation, Eine medizinethnologische Studie, Frankfurt a.M.

Kalitzkus, Vera (2003b): Intime Feinde. »Organspende« und Organtransplantation im Spannungsfeld von Körper und Leib, in: Körperpolitik – Biopolitik, Berliner Blätter, Ethnographische und ethnologische Beiträge 29, S. 43-51.

Kalitzkus, Vera (2009): Dein Tod, mein Leben. Warum wir Organspenden richtig finden, und trotzdem davor zurückschrecken, Frankfurt a.M.

Kimbrell, Andrew (1994): Ersatzteillager Mensch. Die Vermarktung des Körpers, Frankfurt a.M.

Kirschbaum, Engelbert (Hg.) (1971): Lexikon der christlichen Ikonographie, Band 3, Freiburg i.Br. u.a.

Kirschbaum, Engelbert (Hg.) (1972): Lexikon der christlichen Ikonographie, Band 4, Freiburg i.Br. u.a.

Klintberg, Bengt af (1990): Die Ratte in der Pizza und andere moderne Sagen und Großstadtmythen, Kiel.

Klintberg, Bengt af (1994): Den stulna njuren. Sägner och ryken i var tid, Stockholm.

Knieper, Thomas (2002): Die politische Karikatur. Eine journalistische Darstellungsform und deren Produzenten, Köln.

Koch, Tankred (1990): Lebendig begraben. Geschichte und Geschichten vom Scheintod, Leipzig.

Kottmann, Helena (2007): Das Organhandelsverbot in der Schweizer Rechtsordnung. Hintergrund und Regelungsgehalt der Schweizer Strafbestimmungen zum Organhandel und ihr Verhältnis zum internationalen Recht, unpublizierte Masterarbeit, Bern.

Krois, John Michael (2004): Kultur als Zeichensystem, in: Friedrich Jaeger und Burkhard Liebsch (Hg.), Handbuch der Kulturwissenschaften, Band 1: Grundlagen und Schlüsselbegriffe, Stuttgart, S. 106-118.

Krüger-Fürhoff, Irmela Marei (2008): Verdoppelung und Entzug. Erzählstrategien in Kazuo Ishiguros Klon- und Transplantations-Roman *Never Let Me Go*, in: Claudia Breger, Irmela Krüger-Fürhoff und Tanja Nusser (Hg.), Engineering Life. Narrationen vom Menschen in Biomedizin, Kultur und Literatur, Berlin, S. 145-161.

Landwehr, Achim (2009): Historische Diskursanalyse, Frankfurt a.M.

Largiadèr, Felix (2010): Transplantation von Organen. Von der Mythologie bis zur erlebten Gegenwart, Basel.

Le Breton, David (1993): Le chair à vif. Usages médicaux et mondains du corps humain, Paris.

Lemke, Thomas (2000): Die Regierung der Risiken. Von der Eugenik zur genetischen Gouvernementalität, in: Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann

und Thomas Lemke (Hg.), Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen, Frankfurt a.M., S. 227-264.

Lemke, Thomas (2007): Biopolitik zur Einführung, Hamburg.

Lemke, Thomas; Peter Wehling (2009): Bürgerrechte durch Biologie? Kritische Anmerkungen zur Konjunktur des Begriffs »biologische Bürgerschaft«, in: Martin G. Weiss (Hg.), Bios und Zoë. Die menschliche Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit, Frankfurt a.M., S. 72-107.

Lienhard, Jürg-Peter (1995): Vom Nierenklau und anderen Wandersagen, 7.8.1995, www.jplienhard.ch/html/artikel/artikel_sauregurkenzeit.htm [1.1.2012].

Lindemann, Gesa (2002): Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin, München.

Lindemann, Gesa (2003): Beunruhigende Sicherheiten. Zur Genese des Hirntodkonzepts, Konstanz.

Lock, Margaret (2005): Twice Dead. Organ Transplants and the Reinvention of Death, Berkeley.

Luhmann, Niklas (1975): Legitimation durch Verfahren, Darmstadt.

Macho, Thomas; Annette Wunschel (2004): Zur Einleitung. Mentale Versuchsanordnungen, in: Thomas Macho und Annette Wunschel (Hg.), Science & Fiction. Über Gedankenexperimente in Wissenschaft, Philosophie und Literatur, Frankfurt a.M., S. 9-14.

Maio, Giovanni (2005): Das Arztbild, in: Werner E. Gerabek, Bernhard D. Haage, Gundolf Keil und Wolfgang Wegner (Hg.), Enzyklopädie Medizingeschichte, Berlin, S. 106-108.

Manzei, Alexandra (1997): Hirntod, Herztod, ganz tot? Von der Macht der Medizin und der Bedeutung der Sterblichkeit für das Leben. Eine soziologische Kritik des Hirntodkonzeptes, Frankfurt a.M.

Manzei, Alexandra (2003): Körper – Technik – Grenzen. Kritische Anthropologie am Beispiel der Transplantationsmedizin, Darmstadt.

Marshall, Mac (2000): Comment on Scheper-Hughes *Global Traffic in Human Organs*, in: Current Anthropology 42, 2, April 2000, S. 215-216.

Mauss, Marcel (1990): Die Gabe. Form und Funktion des Austauschs in archaischen Gesellschaften, Frankfurt a.M.

Meier, Peter; Thomas Häussler (2010): Zwischen Masse, Markt und Macht. Das Medienunternehmen Ringier im Wandel (1833-2009), Band 1, Zürich.

Mitscherlich, Alexander; Fred Mielke (Hg.) (1993): Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Frankfurt a.M.

Moebius, Stefan (2006): Pierre Bourdieu. Zur Kritik der symbolischen Gewalt, in: ders. und Dirk Quadflieg (Hg.), Kultur. Theorien der Gegenwart, Wiesbaden, S. 51-66.

Moore, Francis D. (1964): Give and Take. The Development of Tissue Transplantation, Philadelphia.

Moret, Joëlle, Denis Efionayi-Mäder und Fabienne Stants (2007): Menschenhandel in der Schweiz. Opferschutz und Alltagsrealität, Neuchâtel.

Motakef, Mona (2011): Körper Gabe. Ambivalente Ökonomien der Organspende, Bielefeld.

Moulin, Anne Marie (1991): Le dernier langage de la médecine. Histoire de l'immunologie de Pasteur au Sida, Paris.

Moulin, Anne Marie (1995): La crise éthique de la transplantation d'organes. A la recherche de la »compatibilité« culturelle, in: Diogène 172, S. 76-96.

Müller-Ullrich, Burkhard (1996): Medienmärchen. Gesinnungstäter im Journalismus, Müchen.

Münk, Hans J. (Hg.) (2002): Organtransplantation. Der Stand der ethischen Diskussion im interdisziplinären Kontext, Freiburg.

Novas, Carlos (2006): The Political Economy of Hope. Patient's Organizations, Science and Biovalue, in: BioSocieties 1, S. 289-305.

Nünning, Ansgar; Vera Nünning (Hg.) (2003): Konzepte der Kulturwissenschaften, Stuttgart.

Nünning, Ansgar (Hg.) (2004): Metzler Lexikon Literatur- und Kulturtheorie. Ansätze – Personen – Grundbegriffe, Stuttgart.

Nünning, Ansgar (Hg.) (2005): Grundbegriffe der Kulturtheorie und Kulturwissenschaften, Stuttgart.

Obrecht, Sibylle (1996): Fremdkörper. Die Darstellung der ersten Herztransplantationen in der schweizerischen Boulevardpresse und den Illustrierten, Vermittlung von Inhalten und Bedeutungen, unpublizierte Lizentiatsarbeit, Basel.

Obrecht, Sibylle (2001): Grenzgänge. Das »immunologische Selbst« und die ersten Herztransplantationen Ende der 1960er Jahre, in: Rainer Alsheimer (Hg.), Körperlichkeit und Kultur, Bremen, S. 57-75.

Obrecht, Sibylle (2003a): Das abstossende Selbst. Die Konstruktion von »Differenz« im Kontext der ersten Herztransplantationen, in: Körperpolitik – Biopolitik, Berliner Blätter, Ethnographische und ethnologische Beiträge 9, S. 52-61.

Obrecht, Sibylle (2003b): Toleranz oder Abstossung? Die frühe Transplantationsmedizin und der immunologische Diskurs, in: Silke Göttsch und Christel Köhle-Hezinger (Hg.), Komplexe Welt. Kulturelle Ordnungssysteme als Orientierung, Münster, S. 221-431.

O'Neill, Robert D. (2006): »Frankenstein to futurism«. Representations of organ donation and transplantation in popular culture, in: Transplantation Reviews 20, S. 222-230.

Outram, Dorinda (1989): The Body and the French Revolution. Sex, Class and Political Culture, New Haven, London.

Paoli, Letizia (2004): Verbrechensfurcht und organisierte Kriminalität. »Die Russen-Mafia«, in: Michael Walter, Harald Kania und Hans-Jörg Albrecht

(Hg.), Alltagsvorstellungen von Kriminalität. Individuelle und gesellschaftliche Bedeutung von Kriminalitätsbildern für die Lebensgestaltung, Münster, S. 287-310.

Paul, Norbert, Thomas Schlich (Hg.) (1998): Medizingeschichte. Aufgaben, Probleme, Perspektiven, Frankfurt a.M./New York.

Pearson, Elaine (2004): Coercion in the Kidney Trade? A Background Study on Trafficking in Human Organs Worldwide, hg. von der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, April 2004.

Pernick, Martin S. (1999): Brain Death in a Cultural Context. The Reconstruction of Death, 1967-1981, in: Stuart J. Youngner, Robert M. Arnold und Renie Schapiro (Hg.), The Definition of Death. Contemporary Controversies, Baltimore, S. 3-33.

Petryna, Adriana (2002): Life exposed. Biological Citizens after Chernobyl, Princeton.

Picart, Caroline Joan (»Kay«) S.; Frank Smoot; Jayne Blodgett (2001): The Frankenstein Film Sourcebook, Westport.

Porter, Roy (1994): A professional malaise. How medicine became the prisoner of its success, in: Times Literary Supplement 4737, 14. Januar, S. 3-4.

Rabinow, Paul (2004): Anthropologie der Vernunft. Studien zu Wissenschaft und Lebensführung, Frankfurt a.M.

Rabinow, Paul; Nikolas Rose (2006): Biopower Today, in: BioSocieties 1, S. 195-217.

Richardson, Ruth (1996): Fearful symmetry. Corpses for Anatomy, Organs for Transplantation?, in: Stuart Youngner und Renée Fox (Hg.), Organ Transplantation. Meanings and Realities, Wisconsin, S. 66-99.

Richardson, Ruth (2001): Death, Dissection and the Destitute, London.

Romano, Gaetano (2008): Die Wahrheit der Massenmedien. Medialisierung der Medizin – Medikalisierung der Massenmedien, in: Peter Stulz und Gaetano Romano (Hg.), Medien und Medizin, Zürich, S. 13-26.

Rose, Nikolas (2000): Das Regieren von unternehmerischen Individuen, in: Kurswechsel 2, 2000, S. 8-27.

Rose, Nikolas (2001): The Politics of Life Itself, in: Theory, Culture & Society 18, 6, 2001, S. 1-30.

Rose, Nikolas (2007): The Politics of Life itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-first Century, Princeton.

Rose, Nikolas (2009): Was ist Leben? Versuch einer Wiederbelebung, in: Martin G. Weiss (Hg.), Bios und Zoë. Die menschliche Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit, Frankfurt a.M., S. 152-178.

Rosner, Lisa (2009): The Anatomy Murders. Being the True and Spectacular History of Edinburgh's Notorious Burke and Hare and of the Man of

Science Who Abetted Them in the Commission of Their Most Heinous Crimes, Philadelphia.
Rothman, D. J.; E. Rose; T. Awaya; B. Cohen; A. Daar; S. L. Dzemeshkevich; C. J. Lee; R. Munro; H. Hayes; S. M. Rothman; K. F. Schoen; N. Scheper-Hughes; Z. Shapira und H. Smit (1997): The Bellagio Taskforce Report on Transplantation, Bodily Integrity, and the International Traffic in Organs, in: Transplantation Proceedings 29, S. 2739-2745.
Rothman, David J. (1998): The International Organ Traffic, in: The New York Review of Books, 26.3.1998, S. 14-17.
Ruoff, Michael (2007): Foucault-Lexikon, Paderborn.
Rus, Andrej (2008): »Gift vs. Commodity« debate revisited, in: Anthropological Notebooks 14, 1, S. 81-102.
Rushkoff, Douglas (1995): Media Virus. Die geheimen Verführungen in der Multi-Media-Welt, Frankfurt a.M.
Rüve, Gerlind (2008): Scheintod. Zur kulturellen Bedeutung zur Schwelle zwischen Leben und Tod um 1800, Bielefeld.
Said, Edward W. (2009): Orientalismus, Frankfurt a.M.
Sappol, Michael (2002): A Traffic of Dead Bodies. Anatomy and Embodied Social Identity in Nineteenth-Century America, Oxford.
Sarasin, Philipp (2001): Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765-1914, Frankfurt a.M.
Sarasin, Philipp (2003a): Geschichtswissenschaft und Diskursanalyse, in: ders., Geschichtswissenschaft und Diskursanalyse, Frankfurt a.M., S. 10-60.
Sarasin, Philipp (2003b): »Mapping the body«. Körpergeschichte zwischen Konstruktivismus, Politik und »Erfahrung«, in: ders., Geschichtswissenschaft und Diskursanalyse, Frankfurt a.M., S. 100-121.
Sarasin, Philipp (2003c): Vom Realen reden? Fragmente einer Körpergeschichte der Moderne, in: ders., Geschichtswissenschaft und Diskursanalyse, Frankfurt a.M., S. 122-149.
Sarasin, Philipp (2003d): Das obszöne Geniessen der Wissenschaft. Über Populärwissenschaft und »mad scientists«, in: ders., Geschichtswissenschaft und Diskursanalyse, Frankfurt a.M., S. 231-257.
Sarasin, Philipp (2004a): »Anthrax«. Bioterror als Phantasma, Frankfurt a.M.
Sarasin, Philipp (2004b): »Gesundheit und ein langes Leben«. Ist der alte Traum der Aufklärungszeit wahr geworden? Referat im Rahmen der Ringvorlesung »Menschliche Langlebigkeit – Bedingungen und Folgen«, Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich, 23.6.2004.
Sarasin, Philipp (2005): Michel Foucault zur Einführung, Hamburg.
Sarasin, Philipp (2007a): Die erste Form des Eigentums. Constantin Volney und die Genealogie moderner Bio-Ethik, in: Jochen Taupitz (Hg.), Kommerzialisierung des menschlichen Körpers, Berlin, S. 7-19.

Sarasin, Philipp (2007b): Diskursanalyse, in: Hans-Jürgen Goertz (Hg.), Geschichte. Ein Grundkurs, Reinbek bei Hamburg, S. 199-217.

Schäfer, Mike S. (2008): Medialisierung der Wissenschaft? Empirische Untersuchung eines wissenschaftssoziologischen Konzepts, in: Zeitschrift für Soziologie 37, 3, Juni 2008, S. 206-225.

Scheper-Hughes, Nancy (1996): Theft of Life. The Globalization of Organ Stealing Rumours, in: Anthropology Today 12, 3, S. 3-11.

Scheper-Hughes, Nancy (2000): The Global Traffic in Human Organs, in: Current Anthropology 42, 2, April, S. 191-211.

Scheper-Hughes, Nancy (2009): The Tyranny and the Terror of he Gift: Sacrificial Violence and the Gift of Life, in: economic sociology, the european electronic newsletter 11, 1, November, S. 8-16.

Schlich, Thomas (1995a): Medizingeschichte und Ethik der Transplantationsmedizin. Die Erfindung der Organtransplantation, in: F.W. Albert, W. Land und E. Zwierlein (Hg.), Transplantationsmedizin und Ethik. Auf dem Weg zu einem gesellschaftlichen Konsens, Lengerich, S. 11-32.

Schlich, Thomas (1995b): How Gods and Saints Became Transplant Surgeons. The Scientific Article as a Model for the Writing of History, in: History of Science 33, S. 311-331.

Schlich, Thomas (1996): Die Geschichte der Herztransplantation: Chirurgie, Wissenschaft, Ethik, in: Andreas Frewer und Mathias Köhler (Hg.), Herztransplantation und Ethik. Historische und philosophische Aspekte eines paradigmatischen Eingriffs der modernen Medizin, Erlangen und Jena, S. 13-38.

Schlich, Thomas (1998a): Die Erfindung der Organtransplantation. Erfolg und Scheitern des chirurgischen Organersatzes (1980-1930), Frankfurt a.M.

Schlich, Thomas (1998b): Transplantation. Geschichte, Medizin, Ethik der Organverpflanzung, München.

Schlich, Thomas; Claudia Wiesemann (Hg.) (2001): Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung, Frankfurt a.M.

Schlich, Thomas (2007): Zeitgeschichte der Medizin. Herangehensweisen und Probleme, in: Medizinhistorisches Journal, 42, S. 269-298.

Schlosser, Horst D. (Hg.) (1998): Mit Hippokrates zur Organgewinnung? Medizinische Ethik und Sprache, Frankfurt a.M.

Schmidt, Siegfried J.; Siegfried Weischenberg (1994): Mediengattungen, Berichterstattermuster, Darstellungsformen, in: Klaus Merten, Siegfried J. Schmidt, Siegfried Weischenberg (Hg.), Die Wirklichkeit der Medien, Opladen 1994, S. 212-236.

Schneider, Ingrid (2003): Ein Markt für Organe? Die Debatte um ökonomische Anreize zur Organspende, in: Transplantation: Fuat S. Oduncu, Ulrich Schroth und Wilhelm Vossenkuhl (Hg.), Organgewinnung und -allokation, Göttingen, S. 189-208.

Schweizerischer Nationalfonds (2007): National Research Programme »Implants and Transplants« (NRP 46), 1999-2006. 40 Projects in Stem Cell Research, Tissue Engineering, Tolerance Induction and more, Swiss Medical Weekly, Supplementum 155, 137, 2.3.2007.
Seesslen, Georg (1997): Der Arzt, das Licht, die Patientin und der geheiligte Raum. Zur Inszenierung des Arztes in Film und Fernsehen, in: Jutta Phillips-Krug und Cecilia Hausheer (Hg.), Frankensteins Kinder – Film und Medizin, Zürich, S. 30-41.
Seidler, Eduard (2000): Fortschritt und Grenzen der aktuellen Medizin, in: Heinz Schott (Hg.), Die Chronik der Medizin, Gütersloh/München, S. 263-264.
Sharp, Lesley A. (2000): The Commodification of the Body and its Parts, in: Annual Review of Anthropology 29, 2000, S. 287-328.
Sharp, Lesley A. (2006): Strange Harvest. Organ Transplants, denatured bodies, and the transformed self, Berkeley.
Shorter, Edward (1993): The History of the doctor-patient relationship, in: W.F. Bynum und Roy Porter (Hg.), Companion Encyclopedia of the History of Medicine, London/New York, S. 783-800.
Spirgatis, Martina (1997): Leben im Fadenkreuz – Transplantationsmedizin zwischen Machbarkeit, Menschlichkeit und Macht, Hamburg.
Sprumont, Dominique; Guillaume Roduit (2008): Le corps médical suisse face au droit. L'attitude de la Fédération des médécins suisses es de l'Académie suisse des sciences médicales, in: Revue générale de droit médical, Pouvoir, Santé et Société, hors série, Oktober 2008, S. 401-429.
Squier, Susan Merill (2004): Liminal Lives. Imagining the Human at the Frontiers of Biomedecine, Durham, London.
Starzl, Thomas E. (1992): The Puzzle People. Memoirs of a Transplant Surgeon, Pittsburgh.
Stehr, Johannes (1998): Sagenhafter Alltag. Über die private Aneignung herrschender Moral, Frankfurt a.M./New York.
Stolberg, Michael (1998): Heilkundige. Professionalisierung und Medikalisierung, in: Norbert Paul und Thomas Schlich (Hg.), Medizingeschichte. Aufgaben, Probleme, Perspektiven, Frankfurt a.M., S. 69-86.
Stollberg, Gunnar (2001): Medizinsoziologie, Bielefeld.
Stricker, Bernhard (2000): Wandel des Arztbildes in der Öffentlichkeit. Fiktion oder Realität?, in: VSAO Journal 7.
Stukenbrock, Karin (2001): »Der zerstückte Cörper«. Zur Sozialgeschichte der anatomischen Sektion in der frühen Neuzeit (1650-1800), Stuttgart.
Swartz, David (1997): Culture & Power. The Sociology of Pierre Bourdieu, Chicago.
Tanner, Jakob (1994): Körpererfahrung, Schmerz und die Konstruktion des Kulturellen, in: Historische Anthropologie 2, 3, S. 489-502.

Tanner, Jakob (2005): Leib-Arte-Fakt. Künstliche Körper und der technische Zugriff auf das Leben, in: Barbara Orland (Hg.), Artifizielle Körper – lebendige Technik. Technische Modellierungen des Körpers in historischer Perspektive, Zürich, S. 43-61.
Thiel, Gilbert T. (2011): Die Entwicklung der Organ-Lebendspende in der Schweiz, in: Swisstransplant News, März 2011, S. 4-9.
Titmuss, Richard M. (1971): The Gift Relationsship. From Human Blood to Social Policy, New York.
Tröhler, Ulrich (1999): Das ärztliche Ethos und die Kodifizierung von Ethik in der Medizin, in: Alberto Bondolfi und Hansjakob Müller (Hg.), Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag, Basel, S. 39-62.
Turney, Jon (1998): Frankenstein's Footsteps. Science, Genetics and Popular Culture, New Haven.
Turow, Joseph (2010): Playing Doctor. Television, Storytelling, and Medical Power, Ann Arbor.
Virilio, Paul (1994): Die Eroberung des Körpers. Vom Übermenschen zum überreizten Menschen, München.
Von der Lühe, Barbara (1990): Auf Herz und Nieren geprüft. Entstehung, Inhalt und Wirkung des Spielfilms »Fleisch« von Rainer Erler, Siegen.
Von der Lühe, Barbara (1996): Mein ist dein ganzes Herz. Ein Dialog zwischen Techniksoziologie und Medienwissenschaft über Organtransplantation, technische Systeme und einen Fernsehfilm, in: Bernward Joerges (Hg.), Körper-Technik. Aufsätze zur Organtransplantation, Berlin, S. 23-61.
Waldby, Catherine (2000): The Visible Human Project. Informatic Bodies and Posthuman Medicine, London.
Waldby, Catherine; Robert Mitchell (2006): Tissue Economies. Blood, Organs, and Cell Lines in Late Capitalism, Durham.
Wehling, Peter (2008): Selbstbestimmung oder sozialer Optimierungsdruck? Perspektiven einer kritischen Soziologie der Biopolitik, in: Leviathan 36, S. 249-273.
Weigel, Sigrid (2004): Das Gedankenexperiment. Nagelprobe auf die *facultas fingendi* in Wissenschaft und Literatur, in: Thomas Macho und Annette Wunschel (Hg.), Science & Fiction. Über Gedankenexperimente in Wissenschaft, Philosophie und Literatur, Frankfurt a.M., S. 183-205.
Weingart, Peter (2003): Wissenschaftssoziologie, Bielefeld.
Weisker, Albrecht (2003): Expertenvertrauen gegen Zukunftsangst. Zur Risikowahrnehmung der Kernenergie, in: Ute Frevert (Hg.), Vertrauen. Historische Annäherungen, Göttingen, S. 394-421.
Weisz, George; Alberto Camrosio; Peter Keating; Loes Knaapen; Thomas Schlich; Virginie J. Tournay (2007): The Emergence of Clinical Practice Guidelines, in: The Milbank Quarterly 85, 4, S. 691-727.

Wellendorf, Elisabeth (1993): Mit dem Herzen eines anderen leben? Die seelische Folgen der Organtransplantation, Zürich.
Wetzel, Christoph (2008): Das große Lexikon der Symbole, Darmstadt.
Wiebel-Fanderl, Olivia (2001): »Herz tot, Patient wohlauf«. Ein Beitrag zur metaphorischen Repräsentation von Transplantationserlebnissen, in: Rolf Wilhelm Brednich, Annette Schneider und Ute Werner (Hg.), Natur – Kultur. Volkskundliche Perspektiven auf Mensch und Umwelt, Münster, S. 405-413.
Winter, Merve (2009): Geschlecht und Organspende. Gesundheitspolitische Aspekte der Gender Imbalance, in: Femina Politica 1, S. 84-97.
Youngner, Stuart J.; Renée C. Fox; Lawrence J. O'Connell (Hg.) (1996): Organ Transplantation. Meanings and Realities, Madison.
Youngner, Stuart J. u.a. (Hg.) (1999): The Definition of Death. Contemporary Controversies, Baltimore.
Zeller, Christian (2001): Globalisierungsstrategien. Der Weg von Novartis, Berlin.
Ziegler, Jean (1977): Die Lebenden und die Toten, Darmstadt.
Žižek, Slavoj (1997): Die Pest der Phantasmen. Die Effizienz des Phantasmatischen in den neuen Medien, Wien.
Žižek, Slavoj (2005): Between Symbolic Fiction and Fantasmatic Spectre. Toward a Lacanian Theory of Ideology, in: ders., Interrogating the Real, hg. von Rex Butler und Scott Stephens, London/New York, S. 249-270.
Žižek, Slavoj (2008): Lacan. Eine Einführung, Frankfurt a.M.

Internetseiten
www.irodat.org [25.6.2015]
http://tvtropes.org/pmwiki/pmwiki.php/Main/OrganTheft? [1.6.2012]
http://en.wikipedia.org/wiki/Frankenstein_in_popular_culture [1.1.2012]

Abbildungsnachweise

Abb. 1: Datenquellen: Nett u.a. 2003, S. 559; Swisstransplant, Jahresbericht 2005, S. 4; Transplantation rénale en suisse 1964-1994, Swisstransplant-Archiv.

Abb. 2: Zum Stand der Warteliste von 1970, 1989 und 1991 wurden keine Daten gefunden. Die Daten zu den Nierentrasplantationen stammen aus: Transplantation rénale en suisse 1964-1994, Swisstransplant-Archiv; Transplantation d'organes en suisse de 1982 à 2002, Swisstransplant-Archiv; Swisstransplant, Jahresbericht 2005, S. 19; jährliche Statistiken des Typisierungslaboratoriums am Universitätsspital Genf, Zentralarchiv Universitätsspital Genf a und b. Die Daten zu den Wartelisten stammen aus: Liste d'attente, Zentralarchiv Universitätsspital Genf a; Swisstransplant,

Jahresbericht 2004, S. 28; Swisstransplant, Protokoll der Sitzung des Stiftungsrats in Bern vom 12. Juni 1990, Swisstransplant-Archiv, S. 1; Procès verbal de la réunion du STAN, 17.6.1994, S. 1; Procès verbal de la réunion du STAN, 20.9.1995, S. 2; Berner Zeitung, 9.1.1988; Luzerner Zeitung, 20.11.1992; Bündner Zeitung, 9.1.1993.

Abb. 3: Aargauer Tagblatt, 9.5.1995

Abb. 4: Archiv der Stiftung Swisstransplant, Bern

Abb. 5: Weltwoche, 15.12.1980

Abb. 6: Tages-Anzeiger, 6.4.1995

Abb. 7: Tages-Anzeiger, 2./3.9.1995

Abb. 8: Weltwoche, 14.12.1995

Histoire

Juliane Scholz
Der Drehbuchautor
USA – Deutschland.
Ein historischer Vergleich
März 2016, ca. 400 Seiten, kart., ca. 34,99 €,
ISBN 978-3-8376-3374-0

Dietmar Hüser (Hg.)
Populärkultur transnational
Lesen, Hören, Sehen, Erleben
im Europa der langen 1960er Jahre
März 2016, ca. 320 Seiten, kart., ca. 34,99 €,
ISBN 978-3-8376-3133-3

Susanne Grunwald,
Karin Reichenbach (Hg.)
Die Spur des Geldes in der Prähistorischen Archäologie
Mäzene – Förderer – Förderstrukturen
März 2016, ca. 300 Seiten,
kart., zahlr. Abb., ca. 34,99 €,
ISBN 978-3-8376-3113-5

Ulrike Kändler
Entdeckung des Urbanen
Die Sozialforschungsstelle Dortmund
und die soziologische Stadtforschung
in Deutschland, 1930 bis 1960
Februar 2016, 416 Seiten, kart., 39,99 €,
ISBN 978-3-8376-2676-6

Stefanie Pilzweger
Männlichkeit zwischen Gefühl und Revolution
Eine Emotionsgeschichte
der bundesdeutschen
68er-Bewegung
November 2015, 414 Seiten, kart., 39,99 €,
ISBN 978-3-8376-3378-8

Sebastian Klinge
1989 und wir
Geschichtspolitik
und Erinnerungskultur
nach dem Mauerfall
September 2015, 438 Seiten,
kart., z.T. farb. Abb., 34,99 €,
ISBN 978-3-8376-2741-1

Cornelia Geißler
Individuum und Masse – Zur Vermittlung des Holocaust in deutschen Gedenkstättenausstellungen
September 2015, 396 Seiten,
kart., zahlr. Abb., 36,99 €,
ISBN 978-3-8376-2864-7

Christian Peters
Nationalsozialistische Machtdurchsetzung in Kleinstädten
Eine vergleichende Studie zu
Quakenbrück und Heide/Holstein
Juni 2015, 492 Seiten,
kart., zahlr. Abb., 49,99 €,
ISBN 978-3-8376-3091-6

Stefan Brakensiek,
Claudia Claridge (Hg.)
Fiasko – Scheitern in der Frühen Neuzeit
Beiträge zur Kulturgeschichte
des Misserfolgs
Juni 2015, 224 Seiten,
kart., zahlr. Abb., 29,99 €,
ISBN 978-3-8376-2782-4

Felix Krämer
Moral Leaders
Medien, Gender und Glaube in den
USA der 1970er und 1980er Jahre
März 2015, 418 Seiten, kart., 34,99 €,
ISBN 978-3-8376-2645-2